



FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS

FGV PROJETOS

GESTÃO & SAÚDE

CADERNOS FGV PROJETOS | ANO 2 | Nº 3 | ABRIL 2007



ENTREVISTA

Adib Domingos Jatene

ARTIGOS

- Gestão Pública em Saúde
- O Gerenciamento da Saúde-Brasileira
- Desafios para as empresas contratantes e para as operadoras de planos de saúde
- Incorporação Tecnológica na Área de Saúde
- Os Indicadores e a gestão da assistência nos serviços de saúde
- Auditoria e Regulação em Saúde A busca de um novo paradigma
- Destaques Regulatórios

Publicação periódica do Núcleo de Saúde da FGV Projetos.
Os artigos são de responsabilidade dos autores e não refletem, necessariamente, a opinião da FGV.

FGV Projetos

Diretor Executivo: Cesar Cunha Campos

Diretor Técnico: Ricardo Simonsen

Diretor de Controle: Antonio Carlos Kfourir Aidar

Editor Chefe: Ricardo Simonsen

Editora Executiva: Ana Maria Malik

Coordenadoras: Cecília Helena Goia e Viviane Jaeger Bomfim

Produção Gráfica: Marcelo Alt

Fotos: Banco de Imagens



FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS

Instituição de caráter técnico-científico, educativo e filantrópico, criada em 20 de dezembro de 1944 como pessoa jurídica de direito privado, tem por finalidade atuar no âmbito das Ciências Sociais, particularmente Economia e Administração, bem como contribuir para a proteção ambiental e o desenvolvimento sustentável.

Sede: Praia de Botafogo, 190, Rio de Janeiro – RJ, CEP 22253-900 ou Caixa Postal 62.591 - CEP 22257-970, Tel.: (21) 2559-5729 , www.fgv.br

Primeiro Presidente Fundador: Luiz Simões Lopes

Presidente: Carlos Ivan Simonsen Leal

Vice-Presidentes: Francisco Oswaldo Neves Dornelles, Marcos Cintra Cavalcante de Albuquerque e Sérgio Franklin Quintella

Conselho Diretor:

Presidente: Carlos Ivan Simonsen Leal

Vice-Presidentes: Francisco Oswaldo Neves Dornelles, Marcos Cintra Cavalcante de Albuquerque e Sérgio Franklin Quintella

Vogais: Armando Klabin, Carlos Alberto Pires de Carvalho e Albuquerque, Ernane Galvêas, José Luiz Miranda, Lindolpho de Carvalho Dias, Manoel Pio Correa Júnior, Marcílio Marques Moreira e Roberto Paulo César de Andrade

Suplentes: Alfredo Américo de Souza Rangel, Antônio Monteiro de Castro Filho, Cristiano Buarque Franco Neto, Eduardo Baptista Vianna, Félix Debulhões, Jacob Palis Júnior, José Ermírio de Moraes Neto, José Júnior de Almeida Senna e Nestor Jost

Conselho Curador:

Presidente: Carlos Alberto Lenez César Protásio

Vice-Presidente: Pedro José da Matta Machado (Klabin Irmãos & Cia)

Vogais: Alexandre Koch Torres de Assis, Carlos Alberto Vieira (Federação Brasileira de Bancos), Carlos Moacir Gomes de Almeida, Domingos Bulos (White Martins e Gases Industriais Ltda.), Edmundo Penna Barbosa, Eraldo Tinoco Melo (Estado da Bahia), Heitor Chagas de Oliveira, Jorge Gerdau Johannpeter (Gerdau S.A), Lázado de Mello Brandão (Banco Bradesco S.A), Luiz Appolonio Neto (Instituto de Resseguros do Brasil – IRB), Luiz Chor (Chozil Engenharia Ltda.), Luiz Eduardo Alves de Assis (Banco CCF Brasil S.A), Luiz Tavares Pereira Filho (Sindicato das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Resseguros no Estado do Rio de Janeiro), Marcelo Serfaty, Márcio João de Andrade Forte, Mauro Salles (Publicis Salles Norton), Nicandro Durante (Souza Cruz S.A), Sérgio Ribeiro da Costa Werlang

Suplentes: Alzira Alves de Abreu, Gilberto Duarte Prado, João Pedro Gouveia Vieira Filho (Refinaria de Petróleo Ipiranga S.A), Luiz Roberto Nascimento Silva, Marcelo José Basílio de Souza Marinho (Brascan Brasil Ltda.), Ney Coe de Oliveira, Nilson Teixeira (Banco de Investimento Credit Suisse S.A), Patrick de Larragoiti Lucas (Sul América Companhia Nacional de Seguros), Paulo Mário Freire (Universal Comércio e Empreendimentos Ltda.), Pedro Henrique Mariane Bittencourt (Banco BBM S.A), Rui Barreto (Café Solúvel Brasília S.A), Titto Botelho Martins (KM Mineração e Metalurgia S.A)

Conselho Consultivo: Cesar Cunha Campos, Daniel Dantas, Eliezer Baptista, Estado de Minas Gerais, Fernando Perrone, Geraldo José Carbone, Luiz Fernando da Silva Pinto e Roberto Gusmão.

GESTÃO & SAÚDE

EDITORIAL	4
ENTREVISTA	5
SETOR PÚBLICO	12
GESTÃO	14
GESTÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR	16
TECNOLOGIA	20
INDICADORES	23
AUDITORIA E REGULAÇÃO EM SAÚDE	27
DESTAQUES REGULATÓRIOS	31

O Cadernos FGV Projetos com o tema Gestão & Saúde é a terceira edição desta publicação, uma iniciativa da FGV Projetos, unidade de consultoria da Fundação Getúlio Vargas, que busca disseminar o conhecimento de seus profissionais, através da abordagem de temas de relevância nacional.

O Núcleo de Saúde da FGV Projetos é composto por Coordenadores de Projeto e Consultores, além de professores da EAESP e EBAPE - Escolas de Administração da FGV de São Paulo e do Rio de Janeiro, pesquisadores, colaboradores, voluntários e ex-alunos. Esses profissionais conduziram a elaboração deste Caderno que traz uma entrevista inédita e artigos que tratam de questões e desafios dos Gestores de Saúde no Brasil.

O entrevistado é o Prof. Adib Domingos Jatene, um verdadeiro notável da Saúde, reconhecido como um dos maiores cirurgiões cardíacos do País. Já foi Secretário

de Estado da Saúde de São Paulo, Ministro da Saúde, participou da gestão do Instituto do Coração, do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e hoje está na Direção Geral do Hospital do Coração. Além disso, está entre os maiores responsáveis pela formação de profissionais para a área de Cardiologia e Cirurgia Cardíaca do Brasil e da América Latina. Sua visão sobre o sistema de saúde, mais do que a de uma testemunha da história, é formada com base na experiência de quem pode ser considerado um de seus atores mais influentes.

Os artigos tratam de questões relevantes tanto para o setor público quanto para o da Saúde Suplementar. Ambas as áreas apresentam grandes desafios para os administradores, no sentido de oferecer melhores condições de assistência à população brasileira.

Os temas auditoria e indicadores, também foram levantados, visto que são ins-

trumentos indispensáveis aos gestores públicos e privados. A competência da FGV nessas áreas é reconhecida nacionalmente, em função dos projetos e cursos oferecidos em todo Brasil.

Como nas atividades da FGV Projetos, na área de Saúde, todos os setores são contemplados, desde a Gestão de Serviços até a Gestão de Sistemas de Saúde. A experiência de seus técnicos na prestação de serviços de consultoria; no alinhamento e na formação de gestores e em pesquisas específicas, permite disponibilizar aos clientes serviços diferenciados e integrados, maximizando os resultados desejados.

A expectativa é que a terceira edição da publicação Cadernos, da FGV Projetos, este número com o tema Gestão & Saúde, possa mais uma vez cumprir com a principal missão da Fundação Getúlio Vargas, de contribuir para o desenvolvimento nacional.

*Diretoria
FGV Projetos*

Adib Domingos Jatene

Ana Maria Malik,

Professora da FGV-EAESP e coordenadora do GVsaúde

Álvaro Escrivão Junior,

Professor da FGV- EAESP e Coordenador Adjunto do GVsaúde

Ana Maria Malik: Considerando sua experiência no setor público de saúde, como Secretário do Estado de São Paulo e Ministro da Saúde, qual a sua visão sobre a viabilização do setor?

Adib Jatene: Eu tenho discutido muito sobre os motivos pelos quais a saúde chegou à situação atual. Primeiramente, cabe ressaltar que, para a elaboração de qualquer proposta de solução, há necessidade de um diagnóstico. E o diagnóstico das dificuldades da Saúde é bem claro, está baseado na urbanização acelerada do País. Em 1950, as cidades brasileiras, somadas, que possuíam cerca de 18 milhões de habitantes, têm, atualmente, mais de 150 milhões. Esse crescimento ocorreu com base numa população de baixo nível educacional, baixa capacidade contributiva e baixo nível tecnológico. Ou seja, uma população que não consegue contribuir para a provisão dos serviços de que necessita. Isso resultou no acúmulo de grandes massas populacionais morando em regiões onde os profissionais de saúde de que elas necessitam não estão disponíveis, principalmente porque não aceitam morar nessas regiões. Daí vem um grande esforço para permitir a essa população o acesso ao atendimento médico-hospitalar.

Enquanto existirem as grandes massas de população uniformemente pobres, morando em bairros e em municípios pobres, fica muito difícil conseguir levar a essas populações o acesso ao atendimento. Essa é a primeira complicação. A segunda está relacionada com o fato de essas populações morarem longe dos locais de trabalho, gerando um problema de transporte quase insolúvel.

Por outro lado, ocorreu um grande desenvolvimento científico e tecnológico a partir de 1953, quando a biologia molecular teve início - até então, a biologia era celular (depois da descoberta da estrutura mestra, o denominado DNA, a biologia passou a ser molecular). Veio então a engenharia genética, a fertilização in vitro, o desenvolvimento de equipamentos de diagnóstico, novas técnicas cirúrgicas, em suma, um volume enorme de avanços que são de difícil incorporação no atendimento à grande massa da população.

Cabe ressaltar que a deflagração da corrida espacial, em 1957, foi o gatilho para o desenvolvimento tecnológico, pois surgiram várias necessidades: de controlar os sinais vitais do homem no espaço, de comunicação, além de todo um arsenal de diagnóstico. Ao mesmo tempo, houve um grande avanço científico na área de medicamentos. Quando eu me graduei, não existiam medicamentos como os antialérgicos, diuréticos, ansiolíticos, entre outros. Eram drogas que vinham das formas naturais. Poucos medicamentos eram sintetizados. Acredito que somente os antibióticos eram sintetizados. Com todas essas inovações tecnológicas, houve uma elevação extraordinária dos custos, o que precipita uma dificuldade de equacionamento no atendimento à população de baixa renda.

Adicionalmente, há incidência de doenças causadas por agentes não biológicos: as doenças decorrentes das deficiências sociais; o inadequado fornecimento de água, esgoto, habitação, alimentação, salário, lazer, transporte, segurança; problemas ecológicos decorrentes da produção de herbicidas, pesticidas, poluição, etc. Todas essas inadequações geram um clima no qual

o Setor da Saúde, que possui uma capacidade bem limitada de recursos destinados para o atendimento, muito além das suas forças, não consegue satisfazer as necessidades da população.

Ana Maria Malik: Considerando todas as dificuldades mencionadas, como o senhor vê a possibilidade de manter o Setor?

Adib Jatene: Se considerarmos que a grande maioria da população não tem capacidade de prover sua assistência à saúde, esta depende, portanto, do setor público. Cabe então ao setor público equilibrar a situação. O problema é que o poder público desconhece aritmética. Aritmética é uma coisa importantíssima; você não pode fugir desta questão. É necessário saber quanto custa a assistência e, mais importante, dizer de onde vem o dinheiro. Mas, no Brasil, criou-se a idéia de que, para fazer o atendimento, basta vontade política; que vontade política é um negócio que resolve qualquer problema. Não resolve se não tiver dinheiro. Essa que é a grande dificuldade.

Recentemente, realizei um estudo baseado nas propostas que eu tinha feito em 1995 e das perdas estimadas que tivemos, relativas ao não cumprimento dessas propostas. Nós tínhamos um orçamento do Ministério perto de R\$ 15 bilhões. Na época, a população era de cerca de 150 milhões de habitantes, daí o número de cem reais per capita com o qual se trabalha há anos. Cem reais per capita para fazer não apenas assistência médico-hospitalar, mas para cobrir serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e uma série de outras ações. Sobrava cerca de 60% desse valor para a assistência médico-hospitalar, ou seja, sessenta reais per capita. Esse valor era absolutamente insignificante, sessenta reais per capita/ano,

quando naquela época os Planos de Seguros de Saúde gastavam cerca de seiscentos reais per capita/ano apenas para assistência médico-hospitalar-ambulatorial. E países desenvolvidos gastavam mais de mil dólares per capita/ano. Nos Estados Unidos, por exemplo, esse valor era de cerca de dois mil dólares em 1995. Atualmente, chega a seis mil e quinhentos dólares per capita/ano.

Concluímos, então, que nosso gasto é absolutamente ridículo. Entretanto, no orçamento da União, ele é significativo. A explicação para esse fato é que ele representa, em volume, a segunda maior despesa da União, só perdendo para a Previdência Social. Em 1995, depois de retirar do orçamento federal os recursos vinculados e comprometidos, o Ministério da Saúde recebia 51%, ficando os 49% restantes para distribuir aos demais Ministérios. Não havia como buscar mais recurso.

Então, eu decidi que ia criar um recurso no orçamento da Saúde. Pensei no IPMF, que tinha sido extinto em dezembro de 1994. Cabe ressaltar que sua existência não gerou impactos negativos, não impediu o Plano Real. Não houve reclamações do IPMF. Propus recriá-lo como contribuição. E por que como contribuição e não como imposto? O imposto possui anuidade e não pode ser vinculado. A contribuição não possui anuidade e pode ser vinculada. E, como eu queria vincular o tributo, tinha que ser contribuição. Mas eu inseri uma premissa. A premissa era que o orçamento que o Ministério já possuía, com todas as suas fontes, fosse mantido em valor real, e a contribuição da CPMF ia representar um acréscimo de cerca de 33% no orçamento do Ministério, o que infelizmente não aconteceu. Após uma batalha, a CPMF foi aprovada. E a área econômica do governo retirou das fontes que o Ministério possuía um valor maior do que o que a CPMF trouxe.

Ana Maria Malik: Recentemente, saíram notícias dizendo que a CPMF, que deveria ser encerrada esse ano, foi prorrogada por mais dez anos.

Adib Jatene: Claro, agora não podem retirar essa contribuição. Ela virou fonte. Faz parte do orçamento da União e, embora

ajude a compor o orçamento do Ministério, não está mais vinculada. O que está vinculada é a parcela da União da Emenda 29.

Mas o que aconteceu foi o seguinte: o compromisso de manter o orçamento de 1995 em valor real não foi cumprido. Isto é, se analisarmos o valor real de 1995 a 2004, sem a CPMF, não houve nenhum crescimento. Quer dizer, estamos, hoje, com valores de 1995. Se considerarmos a inflação do IPC da Fipe, houve, nesse período de dez anos, uma inflação de 130%. Pode-se concluir que esse orçamento, para ser igual ao de 95, precisa de uma correção de 130%. A situação fica ainda mais grave se utilizarmos como índice de correção o Índice Saúde da Fipe - que nesse período é de mais de 200% - o que representa mais que uma duplicação do orçamento referente ao ano de 1995. Se agregarmos as parcelas da CPMF, verificaremos que há uma imensa perda, comparada com os orçamentos executados.

Só para mencionar alguns números: se utilizarmos como índice de correção o IPC, a perda é de cerca de R\$ 80 bilhões. Se utilizarmos o Índice de Saúde, chega perto de R\$ 120 bilhões que deixaram de ser aportados ao Setor da Saúde. O que significa uma perda brutal. E é nessa situação que o Sistema está.

Se compararmos a evolução do orçamento da Previdência Social nesse período, se não me engano, a Previdência Social gastou, em 1995, alguma coisa perto de R\$ 32 bilhões. Atualmente, gasta perto de R\$ 160 bilhões. A dívida interna, em 1995, era de R\$ 60 bilhões e, hoje, é de R\$ 1 trilhão.

Quando dizem que Saúde tem muito dinheiro e não falta recurso, mas gestão, trata-se de uma falácia. Falta dinheiro. Se nós tivéssemos um orçamento com os valores de 1995, corrigidos pelo Índice Saúde agregado à CPMF, teríamos, pelo menos, R\$ 15 bilhões a mais do que o que foi gasto em 2004. É essa diferença está fazendo falta.

Ana Maria Malik: Quer dizer, o senhor tem certeza de que, para viabilizar o setor público, nesse momento é preciso dinheiro?

Adib Jatene: Sim, o dinheiro é fundamental para viabilizar as ações. Tomemos como exemplo a cidade de São Paulo. Em 1999, demonstrei que em 39 distritos na capital, que somam cerca de quatro milhões de pessoas, não existiam leitos hospitalares. Em outros 32 distritos (com três milhões e novecentas mil pessoas), existiam 1,2 leito por mil habitantes. Enquanto isso, em 11 distritos com 600 mil habitantes existem 26 leitos por mil habitantes e em 14 distritos, onde vivem 1,2 milhão de habitantes, existem 6 leitos por mil habitantes. Como se resolve um problema desses?

Álvaro Escrivão Júnior: Professor, como é que o senhor analisa a questão da dificuldade da expansão do acesso a serviços hospitalares, quando existem alguns hospitais que não param de crescer, como é o caso do Hospital São Paulo e do Hospital das Clínicas?

Adib Jatene: Quando era Secretário, fiz um estudo para essa questão. Minha proposta era que se proibisse construir novos leitos nas áreas já servidas enquanto não se colocasse, pelo menos, dois leitos por mil habitantes na periferia. Naquela época, criei uma frase que eu repito: "O problema do pobre não é ele ser pobre; é o amigo dele ser pobre". Porque ele não tem como falar com quem toma as decisões. O paciente pobre não marca audiência, não faz o projeto, não negocia o financiamento. Os que têm amigos que estão no governo conseguem porque, na verdade, quem tem poder de reivindicação é uma parcela da sociedade que deseja para si o nível de atenção que existe nos países do Primeiro Mundo. É por esse motivo que nós temos essa rede de hospitais. Os hospitais estão todos concentrados em dez, onze distritos da capital - dos noventa e seis existentes. Em que, coincidentemente, encontra-se a população de mais alta renda. Esse é o poder verdadeiro. O político não está pensando na população; ele pensa na população na época de eleição, quando precisa de voto. Mas, no exercício do mandato, ele se rende àquela parcela da população que tem maior poder de argumentação e que quer o nível existente no Primeiro Mundo.

Álvaro Escrivão Júnior: Traçando um paralelo entre a Saúde e a Educação, onde as pessoas com um pouco mais de poder aquisitivo estão tentando sanar suas necessidades no setor privado, o senhor acredita que essa é uma tendência também no Setor da Saúde?

Adib Jatene: Isso faz parte da concentração de renda e do desequilíbrio social. Se você permite uma grande concentração de renda, a parcela que concentra a renda vai ter todos os benefícios: morar nas melhores áreas das cidades e ter as melhores instituições. E aqueles que não têm renda, vão ficar com deficiências. Porque a idéia de que o mercado resolve tudo é um equívoco. O mercado não resolve o problema social porque não está interessado no problema social, a menos que comece a se sentir ameaçado, o que de fato está começando a acontecer. Nós temos os meios de comunicação comercializados com o estímulo para que a população de baixa renda venha a ter acesso a eles. O aparelho de televisão é barato - divide-se o pagamento em não sei quantas vezes. A pessoa quer a televisão e assiste a todo tipo de apelo de consumo, o que gera, principalmente nos jovens, uma grande onda de consumismo. Só que eles não têm o que vender. Como eles não têm o que vender, eles não podem comprar. E, no momento em que temos uma grande população que não tem o que vender e jovens que possuem anseios, ou vão se apropriar indevidamente, ou aceitar o que o traficante põe em suas mãos para vender. Ele vende, tem o dinheiro, e isso estimula a violência. E nós estamos dentro dela, na luta dos traficantes com a polícia. Existem áreas aqui em São Paulo em que não há polícia, só traficante. Isso começa a ameaçar a parcela que tem recursos, todo o mundo está preocupado. Aqueles que têm muitos recursos andam de carro blindado, andam com seguranças, levantam muros, etc. Mas isso tem limite.

Álvaro Escrivão Júnior: Qual a sua opinião sobre a assistência médica feita pelos planos de saúde privados, aqueles que atendem às classes média-média e média-baixa? (Só têm a carteirinha sem nada

dentro. Isto é, existe o plano, mas não a assistência).

Adib Jatene: As classes média-média e média-baixa, junto com as outras classes com maior poder aquisitivo, somam 20% da população. Oitenta por cento da população está fora desse sistema e depende do Sistema Público de Saúde. Por isso, é que digo: nós só vamos resolver o problema da assistência médico-hospitalar no setor público no dia em que as autoridades, começando pelo Presidente da República e pelos Ministros, precisarem de assistência e forem obrigados a recorrer aos serviços do SUS.

Álvaro Escrivão Júnior: Então, a sua visão é a de que o nosso Sistema deveria ser majoritariamente público mesmo?

Adib Jatene: Sim, porque não tem saída. Não há como fazer com que quem ganha menos de 3 salários mínimos consiga fazer face às despesas com saúde.

Álvaro Escrivão Júnior: E como fica a situação de São Paulo, onde existe uma grande parcela de serviços privados?

Adib Jatene: Em São Paulo, defendo que os grandes hospitais privados participem da solução do problema de saúde. Eu tinha feito uma proposta, considerando a necessidade de, pelo menos, um leito por mil habitantes. Havia, em 1999, a demanda de, pelo menos, 4 mil leitos. A solução seria a construção de hospitais de 50 leitos para fazer um atendimento mais simples: pronto-atendimento, infecções mais simples, casos clínicos, parto normal, para aliviar a rede que está sobrecarregada por essa população que não possui assistência. Alguns desses hospitais poderiam ser patrocinados pelos grandes hospitais privados, muitos dos quais, filantrópicos.

Seria uma nova maneira de administrar os hospitais públicos para atender à clientela do SUS. E esses hospitais seriam absolutamente atualizados, com boa qualidade de atendimento, por um custo menor. Na medida em que você conseguir mais participação, a coisa vai aliviando. Quem tem uma posição privilegiada na sociedade, deve ajudar a resolver o problema da po-

pulação que não tem. É o único caminho. Atualmente, verificamos um grande progresso no Programa Saúde da Família (PSF). Quando eu estava no Ministério, dizia-se que esse era um programa para o Nordeste, para as zonas pobres. Eu dizia que se tratava de um programa para o Nordeste e para todas as regiões pobres. Mas, tinha gente que achava que era só para o Nordeste. Eu achava que não, que era também para regiões metropolitanas. Em 1996, quando eu ainda estava no Ministério, e começamos a implantar o Programa em Itaquera, em parceria com o Santa Marcelina, foi uma coisa fantástica. Por exemplo, na área que foi delimitada, a Secretaria tinha seis casos de tuberculose cadastrados. Os agentes comunitários identificaram sessenta e dois casos. Isso é uma coisa louca. As gestantes não conseguiam fazer Pré-Natal. Havia uma ou duas consultas de Pré-Natal e precisava fazer seis, sete. Ou seja, esse é um programa para essas regiões pobres onde há grande concentração de população. Mas você não consegue montar o programa para cobrir toda a necessidade, porque não há recurso.

Álvaro Escrivão Júnior: A maior cobertura gerou uma drenagem de necessidade de profissionais e de atenção secundária. Em sua opinião, quais as implicações?

Adib Jatene: Além de ter uma necessidade de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliar, agente comunitário), há demanda por medicamentos e coordenação com o nível secundário, com uma demanda por especialistas para atender aos casos mais complexos, dar cobertura aos médicos de família. E os médicos de família? Não existem, foram improvisados. São médicos de várias especialidades que, ou por dificuldade de trabalho ou, às vezes, até por vocação, vão lá. Mas não estão preparados para isso. As Faculdades de Medicina preparam muito mal os seus médicos. No exame voluntário (realizado pelo CREMESP para alunos do sexto ano do curso de Medicina) ocorreu um índice de reprovação de 38% em um exame que pode ser considerado fácil. E eu previa isso em 1988, quando eu era do Conselho Regional. Eu propus a criação de

um exame para autorizar o médico a exercer. Na época, criaram uma grande celeuma: "O problema não é o estudante; o problema é a Escola". A responsável é a Escola. Mas, sai um médico mal formado que vai trabalhar no Pronto-Socorro e vai criar problema para a população. Eu discuti, não houve jeito. Fizeram o CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) - união de todas as entidades para ajudar as Escolas. Eu disse: "Ok, apoio vocês. Mas, garanto que daqui há 10 ou 15 anos o problema vai ficar igual". Resultado: em 1996, nós tínhamos 82 faculdades de Medicina. Hoje, nós temos 157. Quer dizer, em 10 anos se criou o que levou 400 anos para criar. Com mensalidades tão altas como de 3.500 até 4.000 reais! Quem pode estudar nessas Escolas?

Quem estuda nessa Escola vai fazer atendimento na periferia? Quer dizer, o negócio está absolutamente equivocado. Por outro lado, os hospitais de universidades públicas - quase todos, estão em uma situação calamitosa. Por quê? Porque eles não conseguem acompanhar o avanço científico e tecnológico, que é responsabilidade dos Hospitais Universitários. As pessoas confundem o hospital universitário com o hospital assistencial. O hospital da universidade não é um hospital assistencial; ele também presta esse serviço, mas é um hospital que deve gerar conhecimento, criar e testar conhecimentos; trabalhar na fronteira do conhecimento, e não, ficar atendendo a coisas simples que podem ser atendidas em qualquer hospital de bairro; para que ele possa comandar os consensos. Então, estamos envolvidos com um problema, desde a formação das carreiras da saúde até o atendimento da população de baixa renda. E quando você vai até lá para verificar o que está acontecendo, observa que os recursos disponíveis são insuficientes para atender às necessidades.

Ana Maria Malik: Um dos argumentos que apareceram no momento em que se criaram as Fundações de Apoio a essas universidades foi justamente garantir o avanço tecnológico e, a rigor, fixar

os bons profissionais. Esse modelo tem, pelo menos, trinta anos. Como é que o senhor vê o que aconteceu?

Adib Jatene: Olha, vou recuar um pouco no tempo. A primeira criação de um suporte para entidades públicas foi proposta em 1955, pelo Doutor Dante Pazzanese. Ele havia criado o Instituto de Cardiologia do Estado e argumentava da seguinte forma: "Um hospital público não pode sobreviver exclusivamente do orçamento que lhe dá o Estado". Porque o orçamento é preparado no ano anterior. Os índices de inflação não são adequadamente calculados. Há contingenciamento durante o exercício e o hospital não pode se submeter, como outras repartições, a prazos. As coisas têm que acontecer na hora. Por exemplo: quebrou o raio-x? Amanhã tem que estar arrumado, pronto para uso. Para tanto, tem que ter agilidade. Então, o Doutor Dante propôs ao governador Jânio Quadros a criação do Fundo de Pesquisas do Instituto de Cardiologia do Estado. E esse Fundo era abastecido por quem? Pelos serviços prestados pelo Instituto. Criou-se uma tabela de preços publicada no Diário Oficial do governo, com valores cobrados por consulta, hemograma, raios-X, eletrocardiograma, enfim, todos os procedimentos. Criaram-se também, seis categorias: "A", que não pagava nada; "C", que pagava integral, e B1, B2, B3 e B4, que pagavam 10 %, 20%, 40% e 60%. Essa classificação era feita pelo Serviço Social. O curioso era que as pessoas queriam contribuir. Elas faziam questão de contribuir com pelo menos 10% ou 15%. Para as pesquisas, esse modelo foi um grande sucesso.

Eu fui para o Dante porque o Fundo de Pesquisas me pagou o salário que eu tinha no Hospital das Clínicas. Eu trabalhava em dois lugares e achava que deveria trabalhar em um lugar só. Mas, para isso, eu precisava ter uma renda mínima necessária. Então, o Fundo complementava. Além disso, o Fundo pagava viagens e estágios para o exterior. Quando começou o cateterismo cardíaco, o Dr. Dante mandou o Dr. Eduardo Souza para aprender a técnica sem processo, sem nada. Ficou lá dois meses. Voltou e começou o cateterismo aqui no Brasil. E nós

começamos a realizar a cirurgia de coronária.

Então, esse Fundo foi copiado pelos vários institutos de pesquisas do Estado todo: Agrônomo, Biológico, entre outros. Isso forneceu um grande incremento aos institutos de pesquisa. Até chegar o governo do Paulo Egídio Martins, cujo Secretário da Fazenda fez uma reforma administrativa tão perfeita que não precisava dos Fundos de Pesquisa. Extinguiu-os criando o Fundo Especial de Despesa. Eu me lembro, estava presente na reunião quando o Doutor Leser disse ao secretário: "Você está criando um palácio. Não está pronto. E eu tenho uma choupana. Não destruo minha choupana antes de o seu palácio estar pronto, senão vou tomar chuva". O Fundo Especial de Despesas tinha duas diferenças fundamentais em relação ao Fundo de Pesquisa. Primeiro: proibiu aplicar em pessoal. Segundo: passou a ser orçamentado. Os Institutos passaram a ser arrecadadores para a Secretaria da Fazenda, que fazia descontos correspondentes. Perdeu-se, então, o instrumento de avanço.

Álvaro Escrivão Júnior: A Fundação de Apoio não inovou em nada?

Adib Jatene: Bem, em 1979, eu era o Secretário, quando foi proposto ao governador o funcionamento do Incor com a Fundação Zerbini. Eu disse: "Bom, isso é recriação do Fundo de Pesquisa". Mas, no começo, no Incor, as pessoas só admitiam atender a entidades públicas: Petrobras, Banco do Brasil. Havia muita resistência à idéia de atender a convênios; isso era considerado um crime. Depois que fui para lá, achei que esse era um grande desafio. Há dois tipos de doentes: há o doente para quem o hospital, qualquer que seja, é melhor que a casa dele; e há o doente para quem qualquer hospital que seja é pior que a casa dele. Então, uma parcela não reclama de nada; aceita tudo. A outra parcela reivindica. No momento em que você coloca no hospital clientela privada que tem acesso ao Einstein, ao Sírio-Libanês e ele começa a reclamar, então o hospital melhora, só que melhora para todo mundo. Você vai fazer a UTI para atender a esse doente, mas é a mesma UTI para onde vai

o doente não tão exigente. Eleva-se o padrão do hospital e vai-se oferecendo àquele população que não reivindica - porque para ela está tudo bom - o que uma população exigente quer. E, com isso, há melhora no nível de atendimento do hospital.

Por outro lado, o ingresso maior de recursos permite suplementar o salário dos funcionários; o hospital deixa de ser um local para treinar profissionais que depois vão trabalhar nos hospitais privados. Porque o hospital universitário, tradicionalmente, preparava a enfermeira, o técnico e quando ele estava no seu melhor momento profissional, ganhando pouco, vinha o hospital privado e o contratava. Como é que você vai fazer um serviço de liderança se o seu pessoal não é de liderança? E o pessoal de liderança não se submete a salários indignos. Logo, há uma seleção negativa dentro do hospital: permanece quem não consegue trabalhar no privado ou quem tem dois empregos.

Surgiu então a luta das seis horas. A luta das seis horas não é para a pessoa trabalhar menos, porque oito horas sobrecarrega demais, isso não é verdade! O motivo é o segundo emprego: porque o profissional trabalha em dois lugares: seis horas mais seis horas. É mais que oito. Mas, o profissional precisa do segundo emprego. E se dedica mais onde é mais cobrado, e menos onde é menos cobrado. Não tem mistério - isso é claro. Se você não consegue premiar a competência, você está afundando a sua instituição, porque os competentes vão sair. Eu assisti a isso largamente. Você prepara uma enfermeira de UTI. Quando ela está no ponto, ela vai embora, porque oferecem para ela o dobro do salário. Então, se eu quiser manter essa enfermeira, eu tenho que pagar a ela o dobro. Só que o Estado não me permite pagar o dobro devido à isonomia salarial - todo mundo ganha igual.

Na medida em que nós começamos a atender à clientela mais rentável dos convênios, verificamos dados muito importantes: 20 a 25% dos que eram atendidos pelos convênios captavam 60% da receita; e 75 a 80% que eram atendidos pelo SUS captavam 40% da receita. Isso representou um extraordinário avanço. Aí, veio o Pinotti, com o

estribilho: "Dupla porta". E eu fiz um artigo dupla-porta versus dupla-militância. Quer dizer, se eu quero uma clientela diferenciada para vir para o hospital, eu tenho que oferecer uma hotelaria mínima. Por quê? Porque o paciente tem os consultórios privados e os hospitais privados à disposição; ele só virá para o meu hospital se ele tiver o mínimo de hotelaria. Mas o centro cirúrgico, a UTI, os exames de laboratório e os exames de imagem são iguais. Então, o padrão do que está sendo oferecido para uma clientela de nível "A" é o mesmo que aquele da clientela de nível "B" "C" e "D". O mesmo padrão. Só que há uma captação de recurso que permite fazer isso. Foi isso que fez o Incor chegar à posição a que chegou. Por quê? Eu era diretor científico; tinha um trabalho para publicar, para apresentar num Congresso Europeu, mas não tinha como ir. Solicitei as passagens. E, aí, nós começamos a ter uma participação nos Congressos Internacionais sem precedentes. Esse fato que elevou o nível de atendimento. O intercâmbio faz o anúncio para a introdução de novas tecnologias.

Quando nós recomeçamos os transplantes em 1985, tinha vindo o Jorge Kalil, que esteve cinco anos na França, com um professor que era Prêmio Nobel. Foi para Porto Alegre. Nós fomos lá buscá-lo. Hoje, ele é professor titular, dispõe de um andar, que é o laboratório de imunologia e tecnologia em transplantes mais completo do País. É assim que se faz avanço, não é com conversa. Você tem que preparar e qualificar as pessoas; dar visibilidade para as pessoas para que haja produção. O modelo do Incor está sendo copiado como, por exemplo, no Instituto Butantã.

Eu fui lá várias vezes intermediar desentendimentos entre o pessoal da pesquisa e o da produção, quando eu era Secretário. Hoje, o Butantã, graças à Fundação de Apoio, é um grande produtor de vacinas, do melhor nível. Ribeirão Preto, o hospital da universidade, era uma dificuldade. Estive lá duas, três vezes para discutir. E vários outros lugares fizeram isso. No Rio de Janeiro, o Hospital de Laranjeiras não operava dois doentes por semana - hoje está operando quatro. O Inca segue o mesmo

movimento. Então, as pessoas dizem: "Querem privatizar o funcionalismo público". Você quer eficiência. "Não. Tem que ser só com recurso público". Mas o recurso público não dá! "Ah, vamos pressionar o governo. É porque não tem vontade política". Então, basta olhar o orçamento e verificar que, em 10 anos, pelo IPC, você perdeu de 80 a 120 bilhões de reais. É complicado.

Ana Maria Malik: O senhor é notoriamente reconhecido como um médico brilhante. Como é que o senhor virou gestor na área da Saúde, político na área da Saúde?

Adib Jatene: Foi bem por acaso. Não estudei Medicina para fazer cirurgia cardíaca; estudei Medicina para fazer, depois de formado, um ano de Saúde Pública e voltar para o Acre. Eu me desviei, na faculdade, porque eu fui trabalhar em cirurgia, pois precisava aprender um pouco. E, por sorte ou por azar, eu caí no grupo do Zerbini, num ano que começou a cirurgia intracardiaca. Eu participei, ainda como estudante da primeira comissurotomia mitral. De repente, eu estava metido e não tinha mais como sair.

Mas, eu sempre achei que o problema fundamental da Saúde é garantir o acesso para a população de baixa renda. O Doutor Dante me chamou um dia e me disse: "Olha, eu estou verificando que o nosso Ambulatório está ficando muito sobrecarregado. E a grande maioria são coisas simples, que podem ser atendidas pelo posto de saúde. Então, você que está mexendo em muita coisa, estuda esse ambulatório. Vê como é que faz". Aí eu pedi à assistente social: "Veja a origem dos pacientes". Verificou-se que em grande parte, esses pacientes provinham de regiões periféricas como São Miguel, Penha, e tantas outras. Então, pensei: "Agora, vamos estabelecer contato com os Postos de Saúde da região". Aí, eu descobri que não existiam postos de saúde nessas regiões. Peguei o mapa de São Paulo e botei na mesa. Pedi à minha secretária: "Você pegue todos os hospitais de São Paulo; marque o endereço". Quando ela acabou o mapa foi incrível, descobri o problema. Destacava-se uma área com raio de quatro quilômetros, tendo por centro a esquina da Pamplona

com a Paulista. Quer dizer que nas outras áreas não tem hospital. Como? E a população? Aí, veio o governo Maluf. Paulo Maluf e criou uns grupos de trabalho. E eu entrei num grupo de trabalho do Hospital das Clínicas. No dia da apresentação, o presidente do meu grupo de trabalho não foi. Fui solicitado a fazer a apresentação do grupo. E fiz. Acabou a reunião, veio um assessor dizendo que o governador gostaria de falar comigo. Ele me convidou para ser o Secretário da Saúde. Aceito o convite, fui estudar a situação da Saúde. Comecei a ir às Assembléias Populares, comecei a discutir. E o pessoal, quando percebeu que na verdade eu queria fazer uma coisa séria, aderiu, e fizemos um levantamento na área metropolitana, partindo do princípio de que você precisaria para cada dez, quinze mil pessoas, ter uma unidade de saúde para que a população pudesse ser beneficiada. Eu tinha proposto introduzir 10 visitantes sanitários - na época, se chamava visitador sanitário - na região das unidades, com uma seleção desses funcionários na região de cada unidade. Isso foi negado, não podia, porque tinha que fazer concurso público. E eu disse: "Concurso público, eu não quero. Porque virá gente com qualificação acima do que necessito e não trabalharão direito, e virá gente de um bairro para o outro, formando uma confusão". E nós fizemos aquele Plano Metropolitano com 490 Postos de Saúde e 40 hospitais locais. As autoridades reclamaram que o plano era uma loucura. Eu disse que loucura era essa cidade. Fui ao Banco Mundial arranjar recurso. O Banco Mundial disse: "Nós só financiamos na zona rural". Falei: "Porque vocês não conhecem o Brasil. Nosso problema não é mais a zona rural. Nosso problema são as áreas metropolitanas".

Quer dizer, tudo baseado em quê? Quando você tem um compromisso, tem que analisar as variáveis para montar uma equação minimamente aceitável. E foi aí que se perdeu a oportunidade. Por quê? Eu dizia isso para o Paulo Maluf. Eu dizia: "O senhor está gastando 500 milhões de dólares no Paulipetro. O senhor me dá 20% disso e eu resolvo o problema da Saúde". Mas, eles não dão, porque sabem que

quando se investe em petróleo, assim que se começa a produção, tem-se o retorno dos recursos gastos, começa a receita. Se o investimento é em saúde, começa a ter despesa. Então, eles não querem fazer essas unidades, porque depois gera uma despesa gigantesca, comprometendo para sempre o orçamento.

Álvaro Escrivão Júnior: Em relação à formação dos profissionais que administram os serviços de saúde, observa-se que vários serviços, atualmente, estão contratando administradores e engenheiros, porque os médicos não teriam condições. Em contraste, há a opinião que para administrar tem que ser médico. Qual a sua opinião?

Adib Jatene: Eu sempre distingi direção da administração. Quando no Estado, para ser diretor do Dante Pazzanese precisaria ter curso de Administração Hospitalar, eu me rebelei, pois não sou administrador, sou diretor. O diretor é o cidadão que tem a visão do problema e pode antecipar as soluções. É quem tem a capacidade de separar o que é importante do que não é. O administrador tem que viabilizar o que a direção estabeleceu.

O administrador é uma especialidade de apoio. Eu não tinha tino para o administrativo. Agora, o diretor esse tem que ser médico e ser alguém com visão abrangente, como tinha o Doutor Dante. Isso eu aprendi com ele. O Doutor Dante era um homem que tinha visão, além de ser um grande cardiologista. Ele, por exemplo, viu que o norte do Paraná seria uma região de oportunidade. Abriu fazenda lá e levou muitos amigos para participar da grande jornada de desenvolvimento do Norte do Paraná. Os diretores médicos possuem visões que permitem a introdução de inovações determinantes para a assistência. Isso é o diretor: é o sujeito que enxerga, que tem visão, que antecipa as coisas. E, adicionalmente, tem o administrador que cuida do papel, do dinheiro e da operacionalização.

Por que o Lula pode ser Presidente da República? Qual é o curso que ele tem? Ele é administrador? Mas ele é um sujeito

muito inteligente. Ele enxerga lá adiante. Você coloca o problema, ele distingue. É por isso que ele está tendo sucesso. Agora, você bota um camarada especialista em administração, ele vai olhar as contas, e não é isso. Então, eu não me considero um administrador, mas sim, alguém que conseguiu ter uma visão abrangente, que permite selecionar o que é importante do que não é.

Álvaro Escrivão Júnior: Isso pode ser considerado como um talento seu, uma característica pessoal...

Adib Jatene: Não é talento. É bom senso. Quando eu cheguei ao Ministério, vieram falar comigo sobre o Programa de Agente Comunitário de Saúde. Tinham sido criados cento e poucos cargos de médicos de família e vieram pedir minha opinião. Como já havia tentado fazer em São Paulo, quando eu era Secretário da Saúde, eu trouxe o programa para o gabinete e dei toda a força para a implantação.

Ana Maria Malik: Considerando sua experiência e visão, o que vai acontecer com a Saúde no Brasil?

Adib Jatene: Estou otimista. Veja que a Emenda 29 nos tirou dessa situação, que eu disse a vocês, até 2004. Agora, o orçamento vai crescendo de acordo com o aumento das receitas públicas. Se está previsto 12% do orçamento do Estado e ele aumenta, cresce o orçamento da Saúde. Se há previsão de 15% do orçamento municipal, o orçamento da Saúde aumenta à medida que o primeiro cresce. Se existe uma participação de 5% sobre o aumento nominal do PIB, ano a ano, o orçamento também é favorecido. Tem-se garantido um crescimento acompanhando a inflação. Não teremos as perdas que tivemos anteriormente.

Em 10 anos, tivemos perda de R\$ 80 bilhões, corrigidos pelo IPC. Essa perda vai ser eliminada. Infelizmente, vamos sair de um patamar baixo, mas vamos crescer. Um dado interessante é que, em 1986, houve uma reunião no Instituto de Estudos Avançados da USP - o Reitor era José

Goldenberg - e foi discutido se o Hospital das Clínicas deveria ser da universidade ou se deveria continuar a ser uma autarquia, como já era. Perguntei ao professor Goldenberg qual era o orçamento da USP e ele respondeu que estava perto dos 300 milhões de dólares. Esse era o orçamento do Hospital das Clínicas. Por isso, disse a ele que trazê-lo para dentro da USP criaria um problema enorme para a universidade.

Em 1989, o Quéricia era governador e estava sofrendo pressão muito forte das universidades estaduais. Estabeleceu, então, que 9,17% do ICMS seriam destinados a elas. E isso era dividido entre as três universidades. A USP ficou com cerca de 4%, depois cresceu um pouquinho. Passaram-se 17 anos e o orçamento da USP é superior a R\$ 2 bilhões. Já o orçamento do Hospital das Clínicas, discutido ano a ano sem qualquer vinculação, mesmo somado com os das fundações de apoio mal chega a R\$ 1 bilhão. A vinculação de recursos para as Universidades fez com que o orçamento da USP acompanhasse o aumento de arrecadação do ICMS. A necessidade da autarquia - Hospital das Clínicas - de ficar discutindo recursos no orçamento ano a ano foi reduzindo progressivamente o valor. Então, no momento em que nós conseguimos ter recursos vinculados, a tendência é crescer. E é claro que a área econômica é contra.

Quando fui começar a CPMF, o Serra era Ministro do Planejamento. Fui falar com ele e expliquei a questão. Ele respondeu que não poderia me ajudar, porque, por princípio, ele era contra qualquer tipo de vinculação. Quando Ministro, patrocinou a Emenda 29 e acertou. E se não fosse o Serra, não se vinculava recurso; e se não houvesse recurso vinculado, nós não teríamos o dinheiro que temos hoje.

Os hospitais do Estado não seriam terminados de jeito nenhum. A necessidade de aplicar 12% do orçamento do Estado mudou muito a situação. Chegou um momento que o Secretário de São Paulo não tinha mais onde aplicar; possuía dinheiro e não tinha onde aplicar. Eu concordo que é preciso melhorar a gestão. A gestão foi

muito melhorada. Quando eu entrei, em 1995, nós tínhamos internado 10% da população por ano. Eu vi os dados de outros países, não era muito exagerado. Mas aí eu tive a idéia de mandar fazer um levantamento, município por município. Foi muito interessante. São Paulo internava 6,2% e com uma grande parcela da população muito pobre. Havia municípios que internavam 12, 15, 20, 40% da população. Isso não pode ser. Isso é fraude. Foram levantados dados do DATASUS e verificou-se que esses dados não tinham crítica. Apresentava-se a conta e se mandava pagar. A fraude consistia na criação de escritórios que produziam prontuários fictícios, apresentavam a conta e o Sistema pagava. Eu me lembro de uma cidade que não tinha hospital e faturava 200 AIH (internações hospitalares) por mês.

Álvaro Escrivão Júnior: Era uma prática comum os médicos assinarem AIH (autorizações de internação hospitalar) em branco. Estas eram preenchidas com a ciência do diretor?

Adib Jatene: Para sanar esse problema nós inserimos 135 críticas no sistema de processamento de contas. Isso melhorou a gestão. Havia, anteriormente, erros de digitação e fraudes de internação. Quando o Datasus estabeleceu um tempo mínimo de internação, a fiscalização melhorou. Hoje, ninguém fala em fraudes. Fala em fila; em falta de atendimento; em falta de medicamento. Mas não há fraude na assistência.

Existem fraudes nessas contratações de serviços de terceiros, de lixo e outros serviços. Mas isso é problema das licitações. São fraudáveis. A mais incrível foi quando a Fundação Nacional de Saúde queria comprar vinte milhões de vacinas contra Hepatite B; queria vacinar toda a população. Dessa negociação eu quis participar. Aí, eu recebo um telefonema do embaixador de Cuba, me pedindo uma audiência com o presidente do Instituto Cubano, que me ofereceu um lote a US\$ 2,40 por vacina. O Ministério comprava por US\$ 6,70. Tinham, porém, que participar de uma licitação.

Ficaram três fornecedores no final da licitação: o Instituto de Cuba, oferecendo a US\$ 3,85 a unidade; um outro laboratório da China, oferecendo a US\$ 3,90 a unidade. E um outro Instituto da Bélgica, oferecendo a US\$ 3,95 a unidade. Quando isso acontece, você pode chamar os três Institutos e consultar se eles entregam todo o lote ao menor preço. Eles concordaram. A Fundação Nacional de Saúde homologou. Eu cancelei e eles vieram dizer que eu não podia ter feito, ter cancelado, porque não havia nenhuma irregularidade na licitação; estava tudo dentro da lei. Só que um dos licitantes, que ofereceu 6,5 milhões de doses a US\$ 3,85, tinha me oferecido 20 milhões de doses a US\$ 3,00 a unidade. Não pagaria US\$ 3,95 por unidade e disse para resolvermos na Justiça. E não foram. E o tempo começou a passar. Aí, eu recebi um telefonema do embaixador de Cuba, que tinha uma carta do laboratório me oferecendo um lote de 40 milhões de doses, a US\$ 2,40 a unidade. Não sei como é que essas coisas podem ser feitas. Passaram-se uns quinze dias, recebo um ofício da Bélgica me oferecendo 40 milhões de doses a US\$ 1,80 a unidade.

Passou um pouco de tempo, o embaixador de Cuba pede uma nova chance. Ele vem e diz: "Olha, o comandante, para demonstrar o apreço pelo Brasil e a necessidade de incrementar as nossas relações, me autorizou oferecer 40 milhões de doses, a um e quarenta". Depois, chega um senador do Maranhão, de uma missão da China, trazendo um ofício do laboratório chinês que oferecia um lote de quarenta milhões de doses por noventa e nove centavos a unidade.

Mas, com relação à gestão da Saúde, eu acredito que melhorou muito, e continua melhorando. Porque, com o volume de recursos que o setor possui, fazer o volume de atendimento que o SUS faz, precisa ser muito eficiente.

Álvaro Escrivão Júnior - É um milagre, não é?

Adib Jatene: Não é verdade? Eu acho.

Gestão Pública em Saúde

Ana Maria Malik,

Professora da FGV-EAESP, coordenadora do GVsaúde

Paulo Roberto Motta,

Professor da FGV-EBAPE, consultor da FGVProjetos

Por sua Constituição, o Brasil possui um sistema de saúde de acesso universal, ou seja, tem o dever de garantir saúde a todos os seus cidadãos. Essa proposição tem um sentido mais amplo do que a visão corrente do simples acesso à assistência médica ambulatorial e hospitalar.

A concepção dos serviços de saúde como de interesse público traz implicações importantes na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que não deve ser visto e tratado unicamente como sistema único público e não abrangendo o setor privado. Ao se analisar o SUS no âmbito estrito do setor público, ou seja, como propriedade do Estado e quase sempre gerido por ele, visualiza-se basicamente o Ministério da Saúde, seus órgãos subordinados, bem como as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Nessas instâncias estão serviços de saúde (como unidades básicas, pronto-socorros, hospitais e laboratórios), além de unidades de vigilância sanitária e epidemiológica. Há ainda serviços de saúde pertencentes e financiados pelo setor público, mas geridos por atores privados, freqüentemente denominados parceiros ou contratados. É o caso de alguns hospitais geridos mediante contratos de gestão (como as Organizações Sociais no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo), de Programas de Saúde da Família (no qual o modelo de parcerias está consagrado no município de São Paulo desde seu retorno ao SUS no ano 2000) e outras tentativas verificáveis pelo Brasil, algumas melhor sucedidas que outras. Resta uma discussão a respeito de onde colocar as agências, mais especificamente a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que são serviços públicos,

porém gerenciados com elevado grau de autonomia.

Não se questiona a escassez de dinheiro para a saúde. No entanto, a solução de problemas da gestão pública em saúde no País deve ser vista além da busca de novos recursos: os recursos já existentes precisam ser mais bem aproveitados. Nesse sentido, valem os esforços para melhorar a gestão do setor e não somente cumprir os ditames da lei. Nenhuma solução estrutural será bem-sucedida sem recursos e capacidade de gestão. Há alguns temas que aparentemente preocupam ou deveriam preocupar os gestores públicos pelo país, dentre os quais merecem menção:

1. **Desenho organizacional e configuração jurídica:** opções legais possíveis, como: autarquia especial, fundação, parcerias público-privadas, organizações sociais, etc. Embora se busque, constantemente, mais propostas para solucionar algumas das ineficiências encontradas nas já existentes, há que se desmistificar o poder dos modelos na solução dos problemas. Eles não se implementam sozinhos, dependem de capacidade de gestão.
2. **Otimização de recursos ou aumento da eficiência administrativa:** demandas constantes das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Começa a ser verificado no País um fenômeno novo, o da disponibilidade de recursos financeiros, tendo em vista a aplicação da emenda 29. Além disso, tendo em vista a diretriz da universalidade de acesso, costuma-se discutir se é possível associar eficiência e eficácia.
3. **Planejamento estratégico:** desenvolvimento de novas possibilidades para os sistemas e serviços de saúde, tema de crescente atenção e relevância nos últimos anos, embora seja praxe a realização de um novo processo a cada mudança de gestão, o que retira o caráter de médio e longo prazo dos planejamentos.
4. **Redistribuição de atribuições e papéis de Estados e Municípios:** discussão acentuada desde a definição da Constituição de 1988, e retomada pela Lei Orgânica da Saúde, pelas Normas Operacionais Básicas e pelas Normas Operacionais de Assistência Básica. A discussão se prolonga e esses novos papéis ainda não foram totalmente assumidos, concorrendo para a não-viabilização de muitas propostas de planejamento e reforma do setor.
5. **Descentralização:** a partir da assunção de novas atribuições, por parte das diferentes instâncias de governo e da substituição de diversas tarefas. Pensar e repensar, antes de planejar ou de redesenhar as estruturas, faz sentido, permitindo optar pelo que deve ou não ser delegado de maneira mais consciente. A partir daí, as capacitações dos técnicos e dos gestores podem ser feitas de forma mais dirigida.
6. **Modernização:** termo muito aplicado e tentador num setor considerado conservador. Com freqüência, associa-se modernização à informatização, ou até à disponibilidade de computadores. Por outro lado, a presença do equipamento não significa que ele seja usado de maneira adequada, que

funcione em rede, que haja eletricidade, ou que sua utilização tenha algum significado real. Há quem diga que, até o momento, não existem programas informatizados adequados para cobrir toda a necessidade da gestão e da assistência médico-hospitalar.

7. **Qualidade:** começam cada vez mais a ser disseminados programas de qualidade e de avaliação externa em serviços públicos de saúde, seja para evidenciar qualidade de cuidados por meio de um certificado externo, para se proteger de críticas, para tranquilizar a clientela, ou ainda para motivar os funcionários. Mesmo assim, há diretores que consideram esta aplicação característica de serviços privados, que necessitam disputar mercado e que têm, alegadamente, mais recursos, considerando um desperdício de esforços aplicá-los no setor público. Como há evidências de que este tipo de iniciativa reduz riscos e, a rigor, otimiza a atividade administrativa, este tipo de atitude merece ser discutido publicamente.
8. **Logística:** no setor público, no qual seria fundamental a eficiência e a otimização dos processos, há relativamente pouca preocupação com o assunto, tanto na área de suprimentos quanto na de fluxos internos, observando-se re-trabalho, duplicação de atividades, cruzamentos desnecessários, impressos desatualizados, entre outros. Frequentemente, as instalações são antigas e mesmo mecanismos mais modernos de licitação não garantem que aquilo de que se necessita esteja no lugar adequado no momento preciso. O mesmo ocorre com o armazenamento de insumos, que acabam menos controlados do que seria o caso, levando ao vencimento de medicamentos de alto custo ou à deterioração de outros materiais.
9. **Gestão financeira e orçamento:** partindo da premissa de que os recursos para a saúde são insuficientes, este aspecto deveria ser privilegiado neste setor, mas na verdade os problemas vêm

de duas ordens. Por um lado, apesar de a Emenda Constitucional 29, de 13/09/2000, vincular gastos com ações e serviços de saúde, definindo percentuais mínimos de gastos anuais por esfera de governo (a União deveria gastar 10% das Receitas Correntes Brutas, os estados deveriam gastar 12% da Receita de Impostos e Transferências e os municípios deveriam gastar 15% da Receita de Impostos e Transferências). Não necessariamente estas determinações são cumpridas, entre outros motivos porque ainda há controvérsias quanto aos conceitos de "ações e serviços de saúde". Por outro lado, a elaboração de orçamentos na área da saúde, não apenas no setor público, ainda costuma ser desvinculada das atividades a serem desenvolvidas, enfatizando mais os itens formais que o relacionamento entre o recurso e o seu destino. Finalmente, cortes no orçamento da saúde não são incomuns.

10. **Recursos humanos:** tema dos mais recorrentes na área, e sempre a maior desculpa pelas eventuais falhas do sistema. Nessa dimensão, a lista de dificuldades é longa e tende a englobar todos os aspectos da gestão de recursos humanos. Assim, fala-se de falta de motivação e aponta-se para novos planos de cargos, carreiras e salários. Sugerem-se soluções cosméticas, como mudar a denominação da área para gestão de pessoas ou gestão de talentos, sem oferecer opções substantivas de mudança. Discute-se a conveniência de manter o concurso público, ao mesmo tempo em que se propõe um plano único para o SUS por todo o País.

Não há respostas prontas para essas questões. Tampouco aquelas implantadas numa localidade no País servem para o Brasil todo. Não existe o hábito de se avaliar as soluções implantadas. Um exemplo de solução paliativa na área de gestão de recursos humanos tem sido a adoção do regime de plantão, alegadamente para compensar os baixos salários. Tanto na área administrativa quanto na área assistencial, esse modelo tem sido largamente empre-

gado, sob a alegação da necessidade de se trabalhar em turnos que permitam o segundo (e às vezes o terceiro) emprego. No entanto, essa prática traz a grande desvantagem de quebrar a continuidade no trabalho.

Na área assistencial, o plantão se justifica tecnicamente em unidades como pronto-socorro e terapia intensiva para algumas categorias profissionais. No que tange a pacientes internados e a áreas administrativas e de apoio, não há como considerar que plantonistas sejam mais eficazes que diaristas. Apesar disso, esse tema não tem sido passível de discussão no setor público.

Vale ressaltar que temas como quadro de pessoal, aumento salarial, figuras jurídicas, orçamentos e estruturas organizacionais não são assuntos exclusivamente técnicos e de responsabilidade dos poderes executivos. Cada modificação efetuada depende do poder legislativo, com trâmites mais longos e questionamentos mais abrangentes. Por exemplo, a terceirização tende a ser discutida em relação à quantidade de pessoas que se pode contratar conforme o limite da parcela orçamentária atribuída a pessoal. Quando a discussão a respeito do assunto teve início, dizia-se que qualquer organização somente deveria terceirizar suas atividades-meio, jamais as atividades-fim. No entanto, empresas ou cooperativas de profissionais de saúde, como médicos ou enfermeiros, já vêm sendo contratadas de forma rotineira, às vezes por serem os únicos mecanismos aceitos pelos profissionais para trabalharem nos serviços, às vezes porque são um subterfúgio para a contratação ou para caberem na legislação de proporção de orçamento que pode ser alocada ao item recursos humanos.

Algumas mudanças potencialmente estruturais acabam sendo aceitas ou recusadas em função de questões ideológicas, e não de análises de eficácia. A capacitação gerencial pode ser um caminho para solucionar a equação, mas certamente não é garantia de sucesso. Há questões técnicas, sem dúvida, mas considerar o aspecto político é fundamental. Ter um projeto a seguir, conhecer ou definir diretrizes claras para a assistência digna à saúde faz a diferença.

O Gerenciamento da Saúde-Brasileira

Tania Furtado,

consultora da FGV Projetos e Coordenadora Acadêmica do MBA Executivo de Saúde - FGV Management.

Não existe nada mais difícil de conduzir, nem nada mais incerto e perigoso do que iniciar uma nova ordem das coisas.

Maquiavel

A revisão dos processos administrativos do setor de serviços de saúde tem representado um desafio para os profissionais e tem sido objeto de estudo para as organizações educacionais. Neste processo, torna-se fundamental o desenvolvimento de técnicas gerenciais e de estruturas organizacionais apropriadas para o alcance dos objetivos e para o enfrentamento das mudanças aceleradas e do aumento de complexidade interna. Neste sentido, é importante ressaltar a necessidade de haver ambiente de trabalho flexível e capacidade das organizações de atrair e reter profissionais cada vez mais competentes.

Assim vem se posicionando a FGV ao longo destes últimos anos, com programas gerenciais cada dia mais inovativos.

Na Saúde, tentamos relacionar a inserção da densa competência estratégica em todos os "atores" dos setores público e privado, para facilitar o acesso franco, com a captura de oportunidades e neutralização de ameaças (*estrito e lato senso*).

É dentro dessa linha de exposição que tecemos considerações sobre a gestão, dando ênfase às ações preventivas. Por outro lado, alinhamos uma série de observações relativas ao processo estratégico, balizando os principais aspectos a serem considerados nesse universo tão especial e sensível para a sociedade: saúde e competência estratégica.

O trabalho dos nossos programas e consultorias para essa área resulta na **formação de profissionais especializados na gestão** de serviços de saúde. Isto é fundamental para dotar líderes e executivos das ferramentas essenciais, bem como garantir a sobrevivência e o crescimento de hospitais, clínicas, laboratórios e demais serviços de saúde.

Os serviços de saúde fazem parte de um sistema para o qual confluem o individual, o coletivo, o biológico, o social, o quantitativo e o qualitativo. Além destes componentes, existem questões relacionadas a: cobertura, custos, acesso, universalidade, complexidade, consumo, indicadores, satisfação do usuário e outros. Portanto, ao se avaliar a qualidade desses serviços, são abordados inúmeros aspectos e conceitos que se inter-relacionam. É importante, também, conhecer os objetivos e processos de trabalho das instituições que compõem o sistema de saúde, de forma a conjugar ações que possam melhorar a qualidade do serviço e dos seus profissionais, permitindo, assim, buscar permanentemente a satisfação de todos os envolvidos e, em especial, do paciente, usuário final do sistema.

A área da saúde em geral demanda pesados investimentos em recursos humanos e tecnologia de ponta. A atualização dos profissionais, dos equipamentos e técnicas aplicados deve ser permanente e, portanto, requer a destinação de investimentos elevados.

O financiamento da saúde no Brasil está muito aquém das suas reais necessidades.

Nós, gestores de Saúde, temos responsabilidade sobre um total de 99.007 entidades privadas; 52.186 municipais; 2.204 estaduais e 220 federais, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ou seja, dispomos de um total de 54.610 entidades de serviços públicos de saúde no Brasil frente a 99.007 privadas, totalizando 153.617 no País.

Temos problemas de gestão e de insuficiência de verbas. As tabelas de remuneração do Sistema Único de Saúde (SUS) estão altamente defasadas. A este cenário, somam-se pessoas desacreditadas no SUS, resultando em franca migração para o setor suplementar.

No entanto, não se trata de um trabalho com base em tabelas de custos. É preciso construir políticas públicas na máquina do Estado, como um labor de conexão entre as forças do coletivo e nos movimentos sociais, com a integração das práticas gerenciadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Na força de trabalho e no desenvolvimento e manutenção de programas de treinamento constantes com as equipes multidisciplinares, encontra-se a motivação para requerer mudanças no sentido de enfrentar os desafios de novos modelos e sistemas gerenciais.

Estamos diante de desafios, como, por exemplo, os processos de acreditação para os hospitais e serviços de saúde. Por isso, é necessário apoiar Programas de Qualificação e Acreditação, como os que vêm sendo implantados na saúde suplementar - voltados tanto para as operadoras, quanto para os prestadores - visando à melhoria dos serviços e dos atendimentos oferecidos.

São outros exemplos de desafios a fim de se obter melhores resultados: estabelecimento de protocolos clínicos; padronização de materiais e medicamentos; avaliação criteriosa da utilização de órteses e próteses; otimização de processos administrativos; compras compartilhadas e investimentos em tecnologia da informação.

Hoje, o setor encontra-se ainda atrelado ao Código de Proteção e Defesa do Consumidor (CDC). Porém, o produto em questão é a saúde do ser humano, a sua própria vida, por isso a necessidade de mais empenho na criação de um Código Nacional de Saúde devidamente respaldado pelo Novo Código Civil, a fim de estabelecer diretrizes, parâmetros e responsabilidades civis para este setor.

Dentro deste escopo, entende-se que a avaliação da qualidade de um serviço de saúde envolve legislação e processos de regulação específicos e, principalmente, o conhecimento sobre a natureza e as características do produto avaliado. Neste sentido, o processo de investigação deve responder às seguintes perguntas: será possível elaborar um diagnóstico imparcial da qualidade do serviço de saúde que está sendo prestado ao usuário da atenção médica, diante da multiplicidade de interesses que envolvem a prestação deste serviço? Será possível aplicar, nos serviços de saúde, as técnicas utilizadas na implementação dos processos de melhoria da qualidade nas demais indústrias de serviços?

O processo para a coleta de informações prévias sobre a qualidade dos profissionais e serviços, dentro do sistema de saúde, é delicado e difícil para os usuários. Isto im-

plica em nem sempre ser possível saber se, além de adequados, esses serviços ajustam-se às suas necessidades. É importante ressaltar que, na área da saúde, só recentemente a literatura tem devotado mais atenção ao tema relacionado à avaliação da qualidade da atenção médica e sua organização, em decorrência da complexidade crescente da demanda, do processo de regulação do mercado e do aumento crescente das legislações concernentes aos direitos do consumidor.

Sendo assim, organizações responsáveis pela prestação de atenção à saúde vêm desenvolvendo, ao longo de suas existências, projetos de melhoria da qualidade. Ainda que estejam crescendo as experiências de implantação de processos de melhoria contínua no âmbito dos serviços de saúde, poucos são os resultados concretamente sistematizados e publicados sobre o assunto.

Nos últimos anos, as organizações de saúde têm despertado maior atenção para aspectos e oportunidades de economia resultantes de melhores processos na gestão do trabalho. Essas buscas representam o desafio para o declínio do alto custo dos serviços de saúde e incremento da sua qualidade. Têm como objetivo compreender as melhores práticas de gerência e os mecanismos de desenvolvimento de uma cultura organizacional, de modo que dêem conta das necessidades e expectativas dos seus atores e, principalmente, do consumidor final dos serviços de saúde. A avaliação da qualidade dos serviços de saúde vem se intensificando e gerando questionamentos, modificações e transformações importantes nas organizações de saúde, basicamente por fatos relacionados aos seus custos. Não há mais como ignorar o confronto que existe entre os aspectos éticos, técnicos, econômicos e sociais da prestação de um serviço de saúde, diante dos avanços tecnológicos e da cultura médica.

Por que isto? Eles constituem parte do sistema no qual são realizados processos de trabalho que estão definidos como uma

cadeia de fornecedores e clientes; existe um conjunto formado pela união de tarefas de forma ordenada, planejada, objetivando atingir metas estabelecidas; e o produto de uma "estação de trabalho" serve de insumo para a seguinte, e assim sucessivamente.

Na década de 90, com a criação do Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), todos os setores de produção de bens e serviços, governamentais ou não, são convocados a desenvolver projetos na área da qualidade. O setor saúde, representado pelo Ministério da Saúde na época, decidiu desenvolver a metodologia de acreditação, que é a estratégia de implantação de métodos de gestão e qualidade para serviços de saúde.

Considerando a necessidade de definir parâmetros de qualificação do atendimento humanizado para a população brasileira, respeitando as diversidades culturais, ambientais e locais, a FGV Projetos está sempre à frente, monitorando o suporte técnico e educacional no setor da Saúde.

Como realizar estas mudanças?

Estamos freqüente e intensivamente nos perguntando e agindo em cada sala de aula e em cada estado deste País para onde levamos a aprendizagem da Gestão. Sempre crendo que a humanização, enquanto política de saúde, se constrói com as direções da inseparabilidade entre atenção e gestão.

Tais direções indicam o "como fazer" desta política que se concretiza como "tecnologias relacionais". É a partir da transformação dos modos como os sujeitos e grupos se relacionam que as práticas podem ser efetivamente alteradas. Enfim, fica evidente que a maior preocupação do gestor em administração de serviços deve ser a preparação do atendimento e a perfeita execução das promessas prévias feitas por este serviço.

A avaliação posterior servirá apenas como uma fotografia do atendimento.

Desafios para as empresas contratantes e para as operadoras de planos de saúde

Álvaro Escrivão Junior,

Professor da FGV- EAESP e Coordenador Adjunto do GVsaúde

Djair Picchiai,

Professor da FGV-EAESP e Consultor do GVsaúde

INTRODUÇÃO

As organizações que compõem o setor da saúde suplementar são: as operadoras de planos de saúde, os hospitais, as clínicas, os laboratórios de análises clínicas e as clínicas de diagnóstico por imagem, além das organizações vinculadas à administração pública, não só como prestadoras de serviços, mas também como reguladoras do setor. Além dessas, as indústrias farmacêuticas e as empresas produtoras de equipamentos e de tecnologia da informação exercem uma influência marcante sobre essa cadeia de produção.

As operadoras de planos de saúde ocupam a função de mediação entre os prestadores de serviços, pelo lado da oferta, e os beneficiários dos planos de saúde, pelo lado da demanda de serviços. A harmonização entre os vários interesses dos prestadores de serviços e das distintas clientelas em um contexto virtual e intangível é um dos principais papéis das operadoras.

As principais dificuldades em se manter viável de uma operadora de planos de saúde são os custos crescentes, inerentes ao avanço tecnológico na área da saúde, o envelhecimento da população, demandando mais recursos pelo tempo de vida, e o acesso cada vez mais universalizado a todos os níveis de atenção à saúde, muitas vezes incompatível com o nível de renda da população beneficiária, mas garantidos pela legislação vigente.

Nesse cenário, os usuários dos serviços de saúde estão muito mais exigentes e têm maior poder de influenciar as operadoras por meio das empresas contratantes dos planos de saúde, ou provocando intervenções da ANS e ações judiciais. Este quadro nos remete a uma particularidade da satisfação desses usuários quando comparada à dos clientes do mercado geral de consumo. Na saúde impõe-se a pergunta: o sistema é bom por que oferece o que o usuário quer ou por que oferece o que o usuário precisa? Esta mesma pergunta precisaria ser respondida pelas patrocinadoras ou contratantes, pessoas jurídicas, que necessitam oferecer o benefício saúde aos seus funcionários e encontrar a melhor relação custo x benefício.

MODALIDADES DE OPERADORAS DE SAÚDE

A área de recursos humanos das empresas tem nos planos de saúde oferecidos aos seus funcionários um elemento essencial para a manutenção dos seus talentos, sendo esse benefício parte da política de remuneração das empresas. Embora onerem significativamente a folha de pagamento, os planos de saúde oferecem retorno para o empresário, na medida em que são benefícios que aumentam o envolvimento dos talentos com a organização.

As organizações empregadoras podem optar por diversas modalidades de operadoras de planos de saúde, sendo as principais: Cooperativas Médicas, Medicina de Grupo, Autogestão, Seguradoras e Planos Adminis-

trados. Existem duas formas básicas de financiamento para os planos de saúde, em função da localização do risco: se for assumido pela organização empregadora, tem-se um modelo "auto-segurado", chamado também de "custo-operacional" e "pós-pagamento". No caso do risco ser assumido pela instituição contratada (cooperativa médica, medicina de grupo ou seguradora), o financiamento será do tipo "segurado" ou "pré-pagamento".

As **Cooperativas Médicas** trabalhavam, quase que exclusivamente, com a compra de serviços de terceiros, incluindo hospitais, laboratórios e consultas eletivas em consultórios e clínicas dos seus cooperados. Presionadas pelos custos crescentes desta modalidade de operação, na medida em que os custos da rede credenciada têm se elevado em proporções maiores que as suas receitas, cada vez mais elas têm se esforçado no sentido de construir e gerenciar seus próprios equipamentos de saúde.

Os serviços são contratados, na sua maioria, na modalidade pagamento por procedimento (*fee for service*), na qual todos os procedimentos são pagos, item a item, segundo tabelas previamente acordadas. Nas empresas tomadoras deste tipo de benefício para a assistência aos seus colaboradores, usualmente, o financiamento praticado é o segurado ou pré-pagamento e, em alguns casos, pouco frequentes, opera-se o regime de custo operacional, acrescido da taxa administrativa. Utiliza-se o direcionamento da assistência para seus serviços próprios, em busca de me-

nores custos e maior controle, sendo a livre escolha do usuário dirigida para a rede de médicos cooperados. A prática do reembolso é pouco utilizada.

Como desvantagem para a empresa contratante, pode-se apontar a dificuldade para controlar a utilização, uma vez que, freqüentemente, ela não possui acesso aos índices referentes a essa variável. Desta forma, a sinistralidade pode ser a responsável por reajustes não previstos nos planos. Outros problemas usuais dessa alternativa são o alto preço para cobertura dos aposentados, a perda da identidade com a rede assistencial e as dificuldades na flexibilização dos atendimentos. Porém, essas desvantagens estão presentes também na maioria das operadoras de planos de distintas modalidades.

As empresas de **Medicina de Grupo**, outro modelo de agente financiador, operam por meio do sistema de pré-pagamento. Sua principal característica é ser um sistema de atendimento médico-hospitalar direcionado para hospitais, médicos e serviços auxiliares de diagnóstico próprios. Em alguns casos, permite atendimentos na rede credenciada. As vantagens para a contratante são o preço baixo e fixo. As desvantagens encontram-se na limitação da rede em algumas regiões, com direcionamento do atendimento e regras pouco flexíveis, o que gera insatisfação dos usuários. Em geral, os aposentados não participam do plano empresarial. De fato, os aposentados e agregados têm se tornado um enorme desafio para o setor de saúde suplementar, verificando-se uma grande resistência por parte das operadoras em assumir esses beneficiários.

Nas **Seguradoras de Saúde**, que receberam em 2002 a denominação de "empresas especializadas em saúde", o financiamento se dá na forma de pré-pagamento e o valor pré-pago tem relação direta com as exigências de rede referenciada e com os níveis de reembolsos desejados. Não possuem serviços próprios, trabalhando com rede assistencial referenciada. As seguradoras e grandes empresas contratantes estão estimulando seus beneficiários a

utilizarem os serviços da rede referenciada como forma de redução dos seus custos. As vantagens dessa modalidade para o usuário incluem menor burocracia para obtenção de senhas para a maioria dos procedimentos e exames e, para a patrocinadora, a possibilidade de contar com alguma flexibilização na modelagem da rede referenciada. Essa maior facilidade de utilização gera, por outro lado, uma maior sinistralidade das seguradas em relação às outras modalidades.

Na modalidade **Autogestão**, os sistemas de saúde são administrados diretamente pela instituição patrocinadora ou por uma instituição assistencial ou previdenciária, diretamente vinculada à primeira, e destina-se exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares, segundo critérios definidos e limitados. As empresas administram, sem fins lucrativos, seus próprios programas de saúde, gerenciando a participação financeira do funcionário no plano, a implantação e o controle da rede assistencial, o controle da qualidade dos serviços proporcionados pelos diversos prestadores de serviços médico-assistenciais, entre eles: hospitais, clínicas, consultórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e o gerenciamento da utilização dos recursos por parte dos usuários.

O desenho do programa assistencial é feito a partir das necessidades dos usuários e da própria patrocinadora e as condições definidas pela empresa são negociadas com seus funcionários. Os planos assistenciais podem estar estruturados de distintas formas: produção própria de serviços; contratação de serviços, na qual a organização credencia diretamente os prestadores; e reembolso segundo valores, ou seus múltiplos, da tabela de referência adotada. É um sistema do tipo contributivo, pois o usuário participa no custeio do plano. As empresas, em geral, adotam a cobrança de um fator moderador, ou seja, o usuário paga um percentual sobre consultas e procedimentos mais simples. Isto representa mais uma medida para

contenção de custos do sistema do que uma fonte de financiamento, além de ter o lado do caráter participativo, por envolver o beneficiário no aperfeiçoamento do plano.

A característica mais marcante desta forma de estruturação é o envolvimento direto da empresa em todo o processo de elaboração e administração do sistema de saúde para os funcionários. As vantagens para o usuário são a participação na elaboração do plano de benefícios e na estruturação da rede assistencial, assim como na avaliação e controle de qualidade dos serviços contratados; e a menor burocracia para o acesso aos diversos níveis de atenção. Para a patrocinadora, as vantagens incluem o gerenciamento de informações no controle e uso dos serviços oferecidos pela rede credenciada e o fato de não apresentar uma composição de custos onerada por despesas, como comissões de corretagem, propaganda ou até mesmo margens de lucro, o que possibilita menores despesas com o benefício saúde.

Nessa modalidade, contudo, o usuário poderá ter de aumentar sua contribuição para os gastos de custeio do plano, caso a administração do mesmo não consiga mantê-los dentro da margem operacional utilizada para os cálculos atuariais, ou mesmo quando houver eventos extraordinários e de alto custo, elevando significativamente as despesas. As desvantagens para a operadora são a necessidade de manter equipe e estrutura próprias para sua administração, auxiliadas por terceiros em alguns segmentos; e os aumentos sucessivos das despesas, caso o gerenciamento não contemple o controle da utilização.

Além dessas modalidades mais freqüentes, ainda existem os **Planos Administrados**, cujas características principais são o financiamento auto-segurado e a ocorrência dos custos em função do nível de utilização de serviços. Esta modalidade possibilita a participação da organização patrocinadora na elaboração do benefício, que pode ser estruturado segundo suas neces-

sidades e conveniências. A administração do benefício fica a cargo de uma terceira empresa, com fins lucrativos, sem nenhum vínculo com o setor de atividade econômica da primeira.

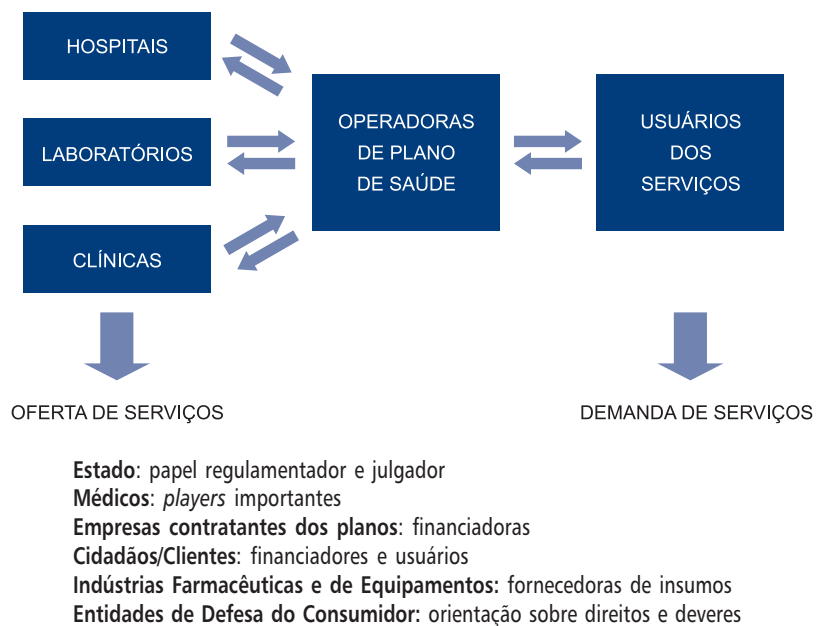
DESAFIOS

As operadoras de planos de saúde convivem com aumentos de custos, em geral superiores aos índices adotados para medidas da inflação no País. Em alguns casos, maiores também quando comparados aos índices específicos da área. As questões estratégicas postas aos gestores incluem o conhecimento da estrutura organizacional ideal das operadoras, do perfil dos recursos humanos - qualificação e quantidade -, dos processos críticos de sucesso, dos fluxos de relacionamento com os demais *stakeholders* do setor e dos indicadores estratégicos de gestão de desempenho institucional. As respostas a estas questões delineiam o caminho desses gestores na busca de maior competitividade das organizações, como também no cumprimento do seu papel social no setor e na sociedade.

O grande contingente de instituições prestadoras, com inúmeros profissionais de variadas especialidades, exige das operadoras o controle, avaliação e supervisão das organizações que atendem aos seus beneficiários, o que implica encontrar as melhores alternativas para gerenciar prestadores à distância, controlar a efetiva prestação de serviços e a qualidade dos mesmos, negociar seus preços e verificar seus custos, definir as competências essenciais das operadoras e o papel das mesmas em termos de serviços prestados. (Figura 1)

No gerenciamento da rede credenciada, as operadoras buscam vencer os desafios para a conformação de uma rede eficaz tanto na prestação de serviços, propriamente dita, (local, distância, o profissional ou o serviço), quanto na qualidade (indicadores assistenciais, impacto tecnológico, indicadores de processo e de satisfação de usuários) e

Figura 1 - Cadeia Produtiva do Setor de Saúde Suplementar



quantidade (densidade, concentração da clientela, distribuição geográfica dos serviços, multiplicidade, seletividade, volume e preço). Nesse cenário, torna-se imprescindível que a gestão das operadoras seja exercida por profissionais com sólida formação em administração em saúde e competência para utilizar intensamente a Tecnologia de Informação e adotar formas de gestão inovadoras. De fato, essa necessidade de profissionalização envolve todo o capital humano do setor e implica na formação e atualização daqueles que ocupam cargos gerenciais nos mais variados níveis hierárquicos das organizações envolvidas.

Alguns dos fundamentos presentes no dia a dia das operadoras são as técnicas de gestão corporativa, de processos críticos organizacionais, de banco de dados, de riscos e de desempenho institucional, englobando ainda controladoria organizacional e relacionamento com o cliente (*callcenter*). Os gerentes têm que conhecer, vivenciar e aplicar essas técnicas, que são a materialização da profissionalização. É importante reiterar a importância do fator inovação. A inovação pode se materializar por meio de um

espaço de tempo e recursos (para os profissionais), ou da criação de uma comunidade de prática ou mesmo de um laboratório de inovação.

A regulação das relações do setor, realizada pelo Ministério da Saúde, especialmente por meio de suas agências ANS e ANVISA, pelos Ministérios da Educação, Planejamento e Fazenda e ainda pelas Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, geram efeitos importantes e diversificados, por vezes negativos nas distintas visões dos principais *stakeholders*. Os dirigentes das operadoras têm que ter conhecimento e uma participação ativa junto a esta cadeia produtiva, como forma de melhorar a efetividade de suas instituições.

A cadeia produtiva do setor tem buscado aperfeiçoamentos no relacionamento institucional, maior integração e melhoria do valor agregado. Mas carece ainda de um número maior de indicadores e parâmetros de produção, produtividade, qualidade e custos desta cadeia e das operadoras para uma melhor avaliação da evolução do setor. Os custos crescentes da assistência médico-

hospitalar e a necessidade da manutenção dos padrões de qualidade mínimos de assistência tornam a tarefa ainda mais desafiadora.

O setor necessita cada vez mais de informação e conectividade. As empresas que melhor se integrarem no setor são as que obterão as maiores vantagens competitivas. As pessoas e as tecnologias de informação e comunicação são os elementos-chave da gestão das operadoras. As especialidades e os campos de conhecimento a serem gerenciados, têm nos talentos humanos e no uso inteligente da TI um fator fundamental no aumento da competitividade (redução de custos, aumento de produtividade e melhoria de qualidade) e sustentabilidade das operadoras e de seus planos de saúde. Uma nova proposta tecnológica, principalmente com os avanços da Internet, sinaliza um novo

padrão de comunicação de dados, voz e imagem em um mundo integrado por redes interconectadas que trazem, por um lado, vantagens como a simplificação de processos de autorização e auditoria, e por outro, desafios como o da garantia da privacidade e confidencialidade dos dados. A infraestrutura das operadoras deve estar preparada para essa nova situação.

TENDÊNCIAS

A verticalização do processo produtivo dos serviços, ou seja, operadoras que mantêm hospitais próprios para a prestação de serviços, sinaliza a intenção por parte dessas operadoras de possuir *know-how* relativo à prestação dos serviços e de controlar os custos.

A internacionalização do setor, apesar dos riscos da atividade, o tamanho e o número das instituições participantes, e

o volume de recursos envolvidos com a concentração dos mercados acabam atraindo o capital globalizado pelo retorno que os investimentos podem trazer. Esse é um setor com alta tecnologia, profissionais especializados, grande volume de recursos e uma demanda significativa, características essas atrativas para o capital que se pretende reproduzir. No entanto, as experiências de internacionalização nesse setor carecem de análise mais cuidadosa para se confirmar e conhecer melhor as características dessa tendência.

Como se vê, são muitos os desafios para as operadoras, empresas contratantes e prestadores de serviços do Setor de Saúde Suplementar brasileiro. Para vencê-los, fica clara a necessidade de adaptação do setor ao cenário atual acima esboçado, o que exigirá por parte dessas organizações soluções criativas e inovadoras.

Incorporação Tecnológica na Área de Saúde

Antonio Jose Rodrigues Pereira,

Gerente de Engenharia Clínica do Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Inrad/HCFMUSP)

Lucila Pedroso da Cruz,

Diretora Executiva do Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Inrad/HCFMUSP) e Conselheira do GVsaúde.

Tecnologia pode ser definida como um conjunto de conhecimentos sistematizados e aplicados em um determinado ramo de atividade, com o propósito de gerar produtos ou serviços. Quando o campo de aplicação é a saúde, o conceito é muito abrangente e pode fazer referência tanto a uma técnica cirúrgica quanto a um equipamento diagnóstico, passando por diferentes insumos como vacinas, medicamentos, materiais médicos, entre outros.

Tem sido crescente o progresso da tecnologia na área da saúde. É, portanto, útil analisar esta evolução sempre sob dois ângulos:

- **Favorável**, uma vez que sua utilização tem como objetivo maior incremento das condições de saúde e de qualidade de vida, do ponto de vista individual e coletivo;
- **Desfavorável**, quando sua aplicação é feita de modo indiscriminado, visando atender a interesses econômicos de forma dissociada da ética.

A difusão e adoção de tecnologias estão diretamente relacionadas à:

- **Legislação sanitária**, definindo regras de registro de produtos (artigos médico-hospitalares, equipamentos médicos) no Ministério da Saúde, a partir das quais se torna viável o processo de comercialização no Brasil;
- **Situação de mercado**, ou seja, suficiência (ou não) da oferta de bens e serviços; oportunidades de mercado

interno ou externo; dependência de tecnologia do exterior;

- **Capacidade e disposição pública ou privada de alocar investimentos no processo de desenvolvimento tecnológico**, percorrendo distintas etapas que vão desde incentivos fiscais, financiamento, proteção de mercado até, e principalmente, a formação de recursos humanos qualificados para esta finalidade;
- **Evolução do modelo assistencial**, a desospitalização, o incremento de atividades realizadas no âmbito do ambulatório ou na própria residência do indivíduo, com a expansão de serviços de assistência domiciliar.

Detalhando um pouco mais este último aspecto, vale citar como exemplo a possibilidade atual de se tratar, ambulatorialmente, um coronariopata por meio da utilização de um *stent*, ou um paciente com aneurisma cerebral, por meio de técnicas e materiais aplicados por um neuro-radiologista. Há ainda, neste contexto, o destaque que deve ser dado à digitalização de imagens e ao incremento do sistema de informações hospitalares, permitindo inovações no diagnóstico remoto e nas atividades de telemedicina e telerradiologia.

O desenvolvimento e o uso das tecnologias médicas durante as últimas décadas têm crescido rapidamente. É inegável que inovações tecnológicas contribuíram para a queda, em todo o mundo, das taxas de mortalidade e morbidade. Porém, mesmo

que estas novas tecnologias tenham produzido mudanças no estado de saúde de muitas populações, é importante reconhecer que muitas dessas mudanças têm um custo muito elevado em relação aos benefícios produzidos. Neste sentido, o planejamento é indispensável para que os benefícios introduzidos por estas tecnologias sejam totalmente aproveitados.

Diante de tanta evolução, da variedade de equipamentos produzidos por distintos fabricantes com diferentes funções, da rapidez com que a tecnologia atinge a obsolescência, da dimensão dos investimentos feitos nestas aquisições, surge a questão a respeito de como uma instituição de saúde deve se organizar para evitar as frequentes experiências a que se assiste, como a de efetuar uma compra de algo que efetivamente não se necessita ou cuja manutenção não se consegue viabilizar.

O planejamento da tomada de decisão (adquirir ou não um equipamento médico, por exemplo) deveria envolver um grande contingente de profissionais que contemple a direção do serviço (é técnica e politicamente viável a aquisição?), os usuários (o equipamento é de fácil utilização? É prioridade, no momento?) e a administração (há recursos para investimento nesta operação?).

Falta, neste rol de integrantes do processo de decisão, um profissional essencial: o engenheiro clínico. A importância de sua participação permeia a aquisição nos mo-

mentos pré, durante e pós. Aqueles que estudam tendências na área da saúde já têm divulgado que a Engenharia Clínica, atualmente de grande valia no gerenciamento de artigos e equipamentos médicos em serviços de saúde, em poucos anos deixará de ser uma atividade de apoio para atuar junto ao paciente, contribuindo para a melhor compreensão do processo assistencial.

Fica claro, portanto, que a aquisição depende de um conjunto de pessoas e de informações de qualidade, a respeito do que se pretende comprar (ou alugar, ou fazer *leasing*). Existem agências de pesquisa em saúde que centralizam informações relacionadas à tecnologia da saúde (descrições, avaliações, problemas encontrados em equipamentos médicos) e à promoção de conceitos de segurança para seu uso mais eficiente e eficaz. A maior organização mundial dedicada a esta finalidade chama-se ECRI (*Emergency Care Research Institute*). Trata-se de um centro, sem fins lucrativos, colaborador da Organização Panamericana de Saúde.

As etapas a serem percorridas para se atingir uma boa escolha de equipamentos são:

- **Planejamento;**
- **Aquisição;**
- **Gerência de Equipamentos.**

1. PLANEJAMENTO

Tem como objetivo principal distribuir os recursos, finitos, para desejos quase sempre infinitos, ou seja, requer análises com parâmetros tangíveis, para uma tomada de decisão com a menor probabilidade de erro, lembrando de parâmetros que algumas vezes não são levados em conta, tais como: necessidades de instalação, insumos, custos de manutenção, treinamento para a nova tecnologia.

A análise deve ser feita globalmente, pois pode ocorrer da tecnologia definida apresentar um custo proibitivo para os recursos existentes, e que o serviço seja obrigado a optar por uma alternativa mais acessível financeiramente. Para ilustrar

essa situação, pode-se mencionar a aquisição de um mamógrafo. O rastreamento mamográfico em mulheres assintomáticas ainda é o único método eficaz para a detecção precoce de lesões clínicas ocultas, demonstrando vantagens

por sua vez, mede as conseqüências positivas não em termos monetários, mas em uma outra unidade, tal como anos de vida poupados, dias de morbidade ou mortalidade evitadas, entre outras. Permite, portanto, a comparação de cus-

Quadro 1: Comparativo das características dos sistemas convencional e digital

Sistema convencional	Sistema digital
Necessidade de filmes e reagentes químicos	<i>Filmless</i>
Necessidade de limpeza de câmeras escuras/processadoras e das telas intensificadoras	Não há necessidade de câmeras escuras/processadoras nem das telas intensificadoras
Perda de imagens, com conseqüente reconvocação de pacientes	Armazenamento da imagem
Menor custo de aquisição	Maior custo de aquisição
Menor produtividade	Maior produtividade
Impossibilidade de pós-processamento	Com recursos de pós-processamento
Não existe recurso de integração direta com outros equipamentos	Integração digital com outros equipamentos
Maior exposição radiológica dos pacientes	Menor exposição radiológica dos pacientes
Risco de perda de posicionamento no mercado	Alto valor agregado

na redução da taxa de mortalidade. Houve, nos últimos anos, uma crescente preocupação com a melhora na tecnologia que envolve a qualidade de imagem em mamografia. Por exemplo, a migração do sistema convencional para o sistema digital. No Quadro 1 estão descritas algumas especificações comparativas entre as distintas tecnologias.

Definidas as características dos distintos sistemas pode-se, por exemplo, analisar alguns parâmetros de extrema importância para definir a tecnologia a ser incorporada no serviço: Custo/Benefício (CBA), Custo-Efetividade (CEA) e Custo-Utilidade (CUA). Estas são técnicas para a comparação das conseqüências positivas e negativas na utilização de recursos. Na realidade, nada mais são do que tentativas de se pesarem logicamente os prós e os contras de uma decisão.

Na CBA, as medidas são em unidades monetárias. Isto permite uma comparação entre programas semelhantes. A CEA,

to por unidade de efetividade entre programas com o mesmo objetivo, mas não entre programas com objetivos diferentes, porque a efetividade das medidas de resultado difere. Neste caso, apesar de a medida final ser a mesma, os parâmetros utilizados em cada programa não são comparáveis. A CUA enfoca, com atenção no resultado, a qualidade da saúde obtida por um programa de saúde ou tratamento. Os resultados são geralmente expressos como custo por ganho em qualidade de anos de vida ajustados.

Com os parâmetros mencionados no Quadro 1, e utilizando as técnicas de análise supracitadas, pode-se optar pela tecnologia mais eficiente e mais eficaz para um determinado centro de diagnóstico por imagem. No caso de um grande serviço de imagem, que seja referência, ter uma alta demanda de pacientes e com posicionamento diferenciado de mercado, a conclusão provavelmente será pela aquisição do mamógrafo digital.

2. AQUISIÇÃO

O objetivo da fase de aquisição é atender aos parâmetros exigidos pelo serviço com o menor custo. Isto somente será possível tendo em mãos um memorial descritivo ou um RFP (Request for Proposal), no qual todas as especificações técnicas estejam descritas. Podem-se relacionar os seguintes detalhamentos:

- características gerais do equipamento, incluindo sistemas de comunicação;
- condições de pagamento;
- valor de contrato de manutenção, com e sem peças;
- up-time, ou seja, tempo útil de funcionamento mensal do aparelho;
- condições de modernização do aparelho (upgrade);
- treinamento do corpo clínico e técnico;
- prazo de garantia;
- instalação;
- manuais em português;
- formulário de análise do vencedor da concorrência de aquisição, não levando em conta apenas preço, mas também custo de insumos e de manutenção, entre outros. Utilização de peso e ponderação dos parâmetros.

Após esta etapa, haverá recebimento de propostas, avaliação, seleção do fornecedor, recebimento do equipamento e testes de aceite.

3. GERÊNCIA DE EQUIPAMENTOS

a) Objetivo geral

O objetivo da gerência de equipamentos é estabelecer um controle rigoroso e eficiente do parque instalado de tecnologia médica, ou seja, seus equipamentos médico-hospitalares, desde sua aquisição à obsolescência. Faz par-

te desta atividade inovar e aperfeiçoar as práticas de gestão e controle de equipamentos, dando ênfase aos processos de aquisição, manutenção corretiva e preventiva, controle de risco, comprovação metrológica, capacitação de recursos humanos, normalização, controle de patrimônio, obsolescência, controle de documentação e indicadores de qualidade. A metodologia utilizada evita a subjetividade, por meio da utilização de recursos computacionais, organização e métodos, confiabilidade aplicada ao controle de qualidade e centro de custos.

b) Objetivos específicos:

- Implantar sistema de informações, que permita sua interligação em rede para apoio à decisão, possibilitando a diminuição do custo operacional como resultado de decisões racionais;
- Prover a alta administração do hospital de informações sobre o ciclo de vida de todos os equipamentos médicos do hospital;
- Planejar e controlar a manutenção preventiva e corretiva, interna e externa, incluindo o gerenciamento de contratos de serviços externos;
- Definir programas de treinamento para técnicos de manutenção e usuários de equipamentos;
- Definir programa de controle de qualidade e verificação de desempenho dos equipamentos;
- Definir parâmetros para determinar a obsolescência da tecnologia e planejar sua substituição;
- Prevenir situações perigosas e controlar os riscos inerentes ao uso de equipamentos no ambiente hospitalar;

- Estabelecer procedimentos para aquisição de equipamentos médicos;
- Estabelecer indicadores da qualidade para o acompanhamento do desempenho do serviço de manutenção, incluindo: tempo de indisponibilidade, custo de manutenção por tipo de equipamento, demanda por setor e satisfação do cliente.

Em um ambiente no qual os recursos são e sempre serão escassos e finitos, o processo de avaliação da incorporação de tecnologias em saúde deve contemplar o funcionamento ou o impacto de utilização do produto e do serviço. A avaliação de uma tecnologia a ser incorporada pelo sistema de saúde, público ou privado, caracteriza-se por uma análise criteriosa e deve considerar aspectos como efetividade, eficiência e viabilidade econômica.

Com o grande e rápido desenvolvimento tecnológico, tal processo de avaliação torna-se fundamental, não somente por identificar as intervenções de valor para o sistema de saúde, mas também pela necessidade de existir um processo de escolha entre as inúmeras alternativas que realmente agregam valor.

Diante dos pontos abordados na discussão acima, é possível concluir que a incorporação de tecnologia na área da saúde pode ser feita de modo racional, com planejamento, otimizando-se os recursos disponíveis, de modo a analisar a diversificada gama de propostas de tecnologias de diagnóstico, tendo como resultado deste processo o benefício individual e coletivo daqueles que utilizam o sistema.

Os Indicadores e a gestão da assistência nos serviços de saúde

Denise Schout,

Chefe dos serviços de Monitoramento de Indicadores e de Epidemiologia do Núcleo de Informações em Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e Pesquisadora associada do Gvsaúde.

É moda nos serviços de saúde a reivindicação de muitos indicadores em condições que apresentem fácil acesso. Nos últimos anos, passou a ser corriqueiro este tipo de manifestação por parte dos gestores, e, eventualmente, de profissionais da área técnica, de interesse e conhecimento sobre indicadores do serviço em que estão trabalhando. No entanto, quando se busca olhar com maior proximidade a questão de sistemas de medição da produção e da qualidade da assistência oferecida nos serviços de saúde, parece haver carência de informações.

Entre as frases mais ouvidas quando se discute o assunto estão:

- temos muitos dados e pouca informação;
- temos na empresa um sistema de Business Intelligence poderoso, mas não consigo visualizar dados consistentes no sistema;
- os relatórios não evidenciam antecipadamente os problemas que identifico no cotidiano;
- não consigo me comparar com outros serviços;
- não existem sistemas de comparação adequados para minha área.

Aparentemente, não está clara a definição do que se deseja em termos de informação. Na verdade, cabe perguntar se de fato o problema está no acesso às informações ou em sua utilização adequada.

Para aprimorar o processo de decisão nas organizações de saúde, tanto na área pública quanto privada, são essenciais informações precisas e oportunas dos processos

assistenciais, especialmente no ambiente competitivo e dadas as limitações financeiras crescentes no setor. As principais dificuldades para a existência de informações confiáveis, oportunas e consistentes estão alicerçadas em dois problemas básicos das organizações de saúde: a qualidade dos registros clínicos e a forma de implantação e desenvolvimento dos sistemas informatizados nos serviços de saúde.

A qualidade dos registros clínicos está relacionada diretamente à valorização que a alta gerência do serviço destina aos prontuários e ao sistema de informação do hospital. Aqui, não se trata de valorização do sistema informatizado - o *software* escolhido pela organização - mas sim de como e em que medida a alta gerência investe em dispor de informações assistenciais de boa qualidade. Para tanto, contar com uma equipe composta de profissionais especializados em gestão de informação - captação, consolidação, consistência e análise dos dados e das informações assistenciais - seria essencial para viabilizar essas atividades como rotina nas organizações.

Nos serviços hospitalares, as Comissões de Prontuário e Óbito devem ser representativas e atuantes, para possibilitar o desenvolvimento de formulários semi-estruturados, a serem preenchidos pelos diversos profissionais. Mas como essas comissões são formadas por médicos do corpo clínico, é essencial que faça parte desse grupo um profissional especificamente qualificado em análise de informações. Além disso, esse profissional deverá trabalhar de forma integrada com o Serviço de Arquivo Médico (SAME). O Arquivo, por sua vez, deve ser coordenado por

pessoal qualificado, com nível universitário, desvinculado do setor de faturamento, com atribuições bem definidas e com recursos para gerenciar o Patrimônio Clínico da organização. O sistema informatizado do serviço deve ser alimentado pelos profissionais do SAME, tanto do ponto de vista de codificação dos diagnósticos e revisão dos dados de óbito quanto em relação ao monitoramento e verificação dos dados do censo hospitalar, base para a construção dos indicadores assistenciais dos hospitais.

O sistema informatizado deve ser parametrizado por quem entende de análise e consolidação de dados, uma vez que o foco dos sistemas nos serviços é voltado para visualizar todas as passagens em cada serviço, e não o paciente. Ou ainda, é centrado na contabilização dos itens consumidos durante o atendimento, sendo adequado apenas para a emissão de uma conta hospitalar individual. Quando se quer identificar a variabilidade de recursos utilizados segundo determinado diagnóstico ou procedimento em um dado grupo etário de pacientes, dificilmente se consegue fazê-lo diretamente. Quase sempre se requer investimento adicional, o que significa gastos não previstos.

Essas considerações têm o objetivo de caracterizar e apontar onde se devem concentrar as intervenções para garantir informação de qualidade. Entretanto, é um equívoco dizer que na área da saúde não há informações consistentes. Existem, implantados no Brasil, vários sistemas de comparação entre serviços de saúde, porque nenhum deles se enquadra na definição clássica de *benchmarking*. Os principais entre eles são obtidos por meio da consolidação das auto-

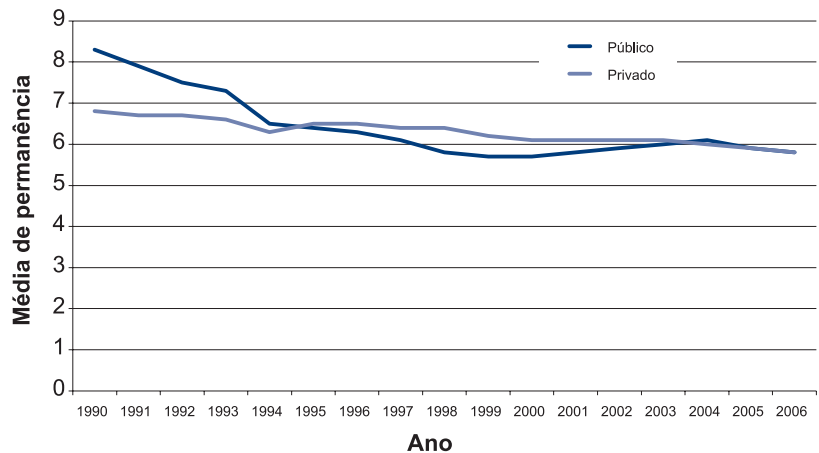
rizações de internação hospitalar (AIH), do cadastro nacional de estabelecimentos (CNES) e da pesquisa de assistência médica sanitária (PAMS), disponíveis no DATASUS, para os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS); o sistema de avaliação das Organizações Sociais - instituições vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; os indicadores do Comitê de Qualidade Hospitalar da Associação Paulista de Medicina (apresentados no Boletim Indicadores - Proahsa); Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH); Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão dos Laboratórios (SIPAGEL); e o Sistema de Indicadores Hospitalares (SINHA), da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP)

Com exceção dos sistemas vinculados ao SUS, em todos os outros citados, a participação é voluntária e está concentrada em hospitais privados não financiados pelo SUS, localizados nas regiões Sudeste e Sul. Hospitais públicos e serviços privados financiados pelo SUS também participam do SIPAGEH (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) e do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH (principalmente hospitais localizados no município de São Paulo), porém em menor proporção. No SINHA participam os 34 hospitais da ANAHP, serviços privados financiados pelo sistema complementar ou diretamente pelos pacientes.

Vale ressaltar os sistemas dirigidos para determinadas áreas ou setores do hospital, como é o caso do QUATI (Qualidade em Terapia Intensiva) patrocinado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), implantado em várias unidades de terapia intensiva, principalmente na Região Sudeste. Eles também são de adesão voluntária e apresentam cobertura heterogênea e não representativa dos leitos e unidades de terapia intensiva existentes.

O que se pode fazer com esses sistemas de informação e de comparação? Ainda que eles sejam limitados, dirigidos e eventualmente com grau de precisão variáveis, é possível

Gráfico 1 - Distribuição anual da média de permanência segundo tipo de hospital - Sistema Único de Saúde - 1990 a 2006



efetuar análises e planejamentos a partir das informações neles disponíveis e ter parâmetros que possam nortear a identificação de perfis assistenciais. No entanto, é necessário haver critério e cuidado para saber o limite de sua utilização e interpretação.

Na verdade, o uso de alguns indicadores hospitalares tradicionais voltados para avaliar o desempenho das organizações de saúde exige muito cuidado e está contra-indicada uma análise simplista. Por exemplo, o tempo médio de permanência (TMP¹) é um indicador muito utilizado em todos os sistemas de comparação citados. De um lado, ele está associado ao custo hospitalar que se busca controlar do ponto de vista do financiador público ou privado, uma vez que também determina a oferta de leitos (quanto maior o TMP, menor a oferta de leitos e menor a rotatividade de pacientes). De outro, pode estar relacionado com a qualidade da assistência oferecida. Considera-se que numa permanência hospitalar de até sete dias, o risco de aquisição de infecções hospitalares é menor. No entanto, médias de permanência curtas para determinadas afecções podem significar falha assistencial, seja porque podem estar associadas a altas taxas de mortalidade ou a transferências para outros serviços, ou porque podem contribuir para reinternações desnecessárias. A literatura sobre o tema é extensa e muitos países têm utilizado o TMP de patologias marcadoras -

tendo como base diretrizes para prática clínica - como padrão de qualidade na assistência para a avaliação dos prestadores hospitalares e com o intuito de aprimorar a qualidade do cuidado oferecido aos portadores desses diagnósticos. No Canadá, por exemplo, o TMP baixo para Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi associado a reinternações e a maior custo assistencial, o que determinou uma meta, para os hospitais canadenses, de Tempo Médio de Permanência mínimo para esta afecção como parâmetro na avaliação dos hospitais. Ele é um indicador sensível aos processos assistenciais, mas pouco específico. Isto significa que é útil no monitoramento, mas as variações observadas exigem investigações mais detalhadas para a compreensão dos fatores determinantes.

Para caracterizar a complexidade da análise sobre os indicadores de desempenho de serviços de saúde, observa-se o Gráfico 1, com os dados de média de permanência nos serviços que prestam assistência ao Sistema Único de Saúde (SUS), sejam estes de natureza pública ou privada. Observa-se queda da média de permanência enquanto tendência nesses 16 anos de análise. Tendo o tipo privado partido de 6,8 em 1990, e chegando a um patamar de 5,8 dias em 2006. O decréscimo foi maior nos hospitais públicos, uma vez que em 1990 a média era de 8,3. De um modo geral, nos últimos dez anos, os hospitais públicos apresentaram média próxima, porém abaixo da observa-

¹ Tempo Médio de Permanência é o número de pacientes-dia dividido pelo número de saídas hospitalares no mês, expresso em dias.

da nos hospitais privados financiados pelo SUS, sendo que em 2006 a média de ambos foi de 5,8 dias.

A tendência de diminuição do TMP é um resultado aparentemente positivo para o sistema, uma vez que pode indicar maior efetividade e maior oferta de leitos. No entanto, para aprofundar a análise e qualificar qualquer afirmação desse tipo, faz-se necessário, primeiramente, caracterizar se ocorreram, nesse período, alterações na demanda com relação às características demográficas e mudanças nos agravos que motivaram a internação hospitalar. Só assim é possível buscar parâmetros para dizer se a média de permanência observada está acima ou abaixo do adequado, assim como definir metas de aprimoramento. Além disso, a incorporação de novas tecnologias para o diagnóstico, mas especialmente no tratamento, vem diminuindo o tempo de permanência hospitalar nas organizações de saúde. Vale ressaltar que nos hospitais onde predominam procedimentos cirúrgicos eletivos, a média de permanência tende a ser menor, enquanto que naqueles cujos pacientes exigem tratamento clínico, as médias tendem a ser maiores.

Outro aspecto a ser considerado são as intervenções dos financiadores, de forma diversa no SUS ou no sistema suplementar, para controle ou diminuição do tempo de permanência visando à contenção de custos.

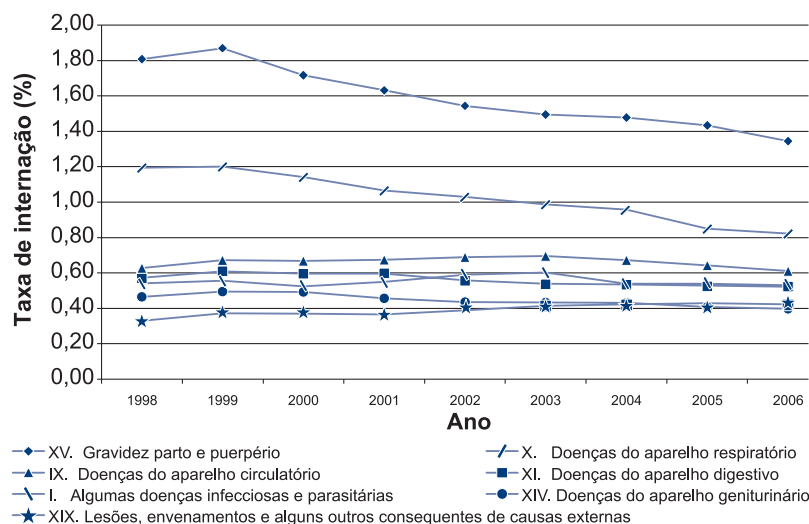
Os diagnósticos responsáveis por cerca de 80% das internações, em 2006, foram: gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho digestivo, lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas e doenças do aparelho geniturinário. Quando se compara com o perfil da demanda em 1998, o volume de internações caiu 14% para Gravidez, Parto e Puerpério e 21% para Doenças do Aparelho Respiratório. Essa queda é ainda mais significativa quando se analisa a taxa de internação (Internações por 100 habitantes) para estes diagnósticos (Gráfico 2). Em contrapartida, o volume de internações

cresceu, entre 1998 e 2006, de 12% para Doenças do Aparelho Circulatório, 48% para Lesões e Envenenamentos e 78% para Neoplasias. Reforçando o aumento da complexidade assistencial, observa-se incremento de 22% nas internações de doenças perinatais, sugerindo também maior complexidade na assistência materno-infantil.

O que isso significa? Em 1998, havia grande pressão de demanda para leitos de maternidade e doenças respiratórias (que predominam na infância). Nove anos depois,

Essas variações representam diminuição de gastos? Poderia ser esperado que com menor TMP o gasto fosse mais baixo, o que também não aconteceu. No caso do SUS, observou-se um incremento de 89% no valor gasto por internação e de 109% por paciente-dia. Isto sugere incorporação de novas tecnologias no tratamento dos pacientes. Mas será que o resultado está sendo mais efetivo, ou melhor, estão sendo salvas mais vidas ou mais pessoas estão sobrevivendo com incapacidade? Para responder de forma mais adequada esta indagação seriam necessários estudos de

Gráfico 2 - Distribuição anual das taxas de internação (por 100 habitantes) segundo diagnóstico - Capítulo CID 10ª revisão - SUS - Brasil - 1998 a 2006



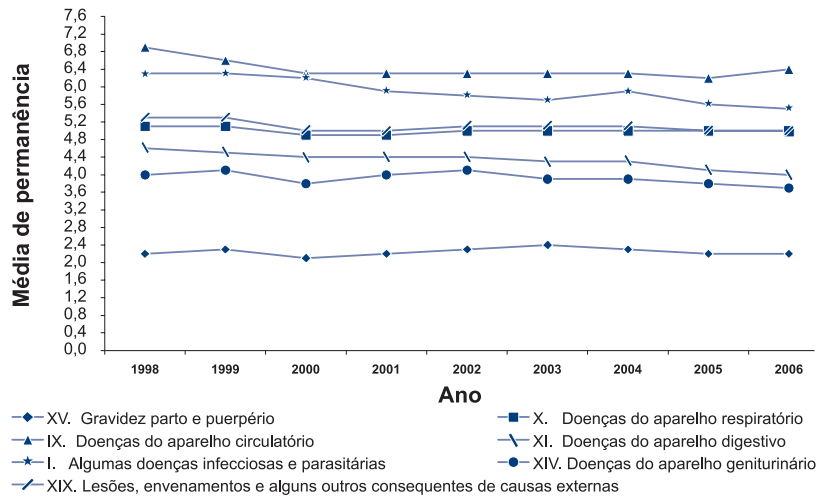
a demanda tem outras características. Portanto, em 2006 são necessários mais leitos e, de maneira geral, maior quantidade de recursos para doenças cardiológicas, lesões, envenenamentos e neoplasias. Nos hospitais gerais brasileiros, de fato, o *mix* assistencial sofreu grandes alterações nos últimos 10 anos, com diminuição do TMP.

Uma vez que se observou aumento da complexidade assistencial, era de se esperar maior TMP para as doenças analisadas. Como fica demonstrado no Gráfico 3, o tempo médio de permanência, no período analisado caiu 7% nas Doenças do Aparelho Circulatório (de 6,9 para 6,4), 6% nas Lesões e Envenenamentos (de 5,3 para 5,0).

impacto para que de fato possa se dizer que os investimentos crescentes estão revertendo em melhor resultado assistencial. Seria instigante a comparação desses achados com dados do setor privado. Alguns indícios apontam na direção contrária daquela indicada pela literatura internacional e pelas análises de tendências. Nos indicadores do Boletim de Indicadores Proahsa, os hospitais para os quais a série histórica dos dados é mais longa (desde 2001) evidenciam aumento no tempo de permanência. Em 2001, a mediana de TMP divulgada para os hospitais aderidos a um sistema de comparação era de 3,4 dias. Em 2006, o TMP apresentado foi de 4,1 dias.

Os dados do SINHA também mostram crescimento entre 2005 e 2006, com a mediana passando de 3,67 para 4,08 dias de permanência. No setor privado, a queixa corrente é que estão diminuindo as internações cirúrgicas, as quais passaram a ser realizadas nas unidades de curta permanência e cresceram as internações que necessitam procedimentos clínicos, aumentando o TMP e o custo hospitalar (sem aumento equivalente de receita). Mas como as séries históricas disponíveis são coletadas há ainda pouco tempo e não se encontram até o momento informações por diagnóstico no sistema suplementar e nos sistemas de comparação existentes, a análise do setor privado fica limitada. O sistema suplementar está investindo nessa direção, mas ainda não estão disponíveis dados de acesso universal para proceder a essas investigações. Um aspecto-chave quando se olha o setor privado é que o perfil sócio-econômico da população coberta por planos de saúde, predominante nos prestadores privados, é muito diferente daquela que apenas tem acesso ao SUS. Além disso, a população que utiliza o sistema supletivo está muito concentrada nas regiões Sudeste e Sul do país e corresponde nacionalmente a menos de 30% dos brasileiros, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Gráfico 3 - Distribuição anual das médias de permanência segundo diagnóstico - Capítulo CID 10ª revisão - Sistema único de Saúde (SUS) - Brasil - 1998 a 2006



Conhecer, monitorar e interferir nas causas que determinam a permanência hospitalar é essencial para aprimorar os serviços de saúde. O conhecimento sobre o perfil clínico e epidemiológico está acessível, existe na grande maioria dos hospitais brasileiros e precisa ser mais valorizado e acima de tudo utilizado para direcionar ações de melhoria na qualidade da assistência oferecida e na priorização dos investimentos em saúde. A necessidade de

investimento no patrimônio clínico das organizações e na capacitação de profissionais para análise dos indicadores de desempenho e de qualidade dos serviços de saúde é uma meta a ser atingida para ampliar a capacidade de intervenções direcionadas, e com incorporação de tecnologias mais custo-efetivas nos hospitais que possam contribuir para aprimorar a eficiência dos sistemas de serviços de saúde no País.

A busca de um novo paradigma

Márcio Vinicius Balzan,

Pesquisador associado do Gv Saúde, Assessor para assuntos de auditoria no Sistema Unimed.

Júlio César Cristofoli,

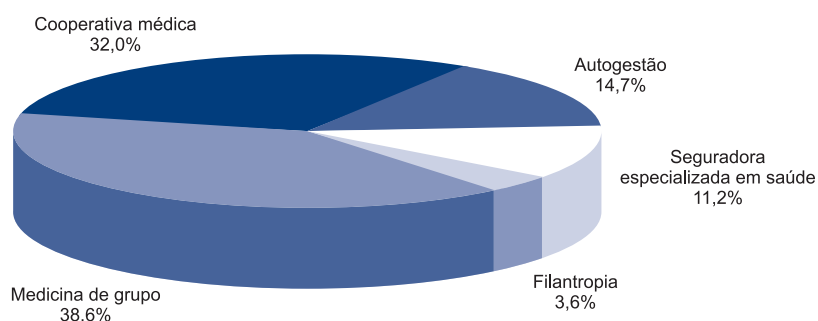
Pesquisador associado do Gv Saúde.

O mercado de saúde brasileiro apresenta características singulares por ser composto, de um lado, pelo sistema público de saúde e, de outro, pelo sistema privado. O sistema público é conhecido como Sistema Único de Saúde - SUS - e sua gestão é realizada pelas três esferas de governo (federal, estaduais e municipais). Segundo dados de 2005, a União gastou R\$ 59 bilhões com todos os seus programas de saúde, enquanto os estados e municípios despendem outros R\$ 26 bilhões, resultando em algo próximo de R\$ 530,00 por brasileiro/ano, quantia considerada insuficiente pelos especialistas da área. Junto a este sistema, há o de saúde suplementar, composto pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS), que oferece cobertura a 38,5 milhões de beneficiários, 67% dos quais residentes na Região Sudeste. Este sistema movimenta perto de R\$ 35 bi/ano.

As operadoras de planos de saúde se subdividem em empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, empresas seguradoras especializadas em saúde, empresas de autogestão e administradoras de planos de saúde. Cada uma delas opera modalidades diferentes de gestão, porém utiliza a auditoria de serviços médico-hospitalares de maneira muito parecida.

A participação de cada segmento pode ser verificada no gráfico a seguir, considerando apenas as empresas que oferecem planos médicos. O segmento "filantropia" registrado no Gráfico 1 refere-se a planos de saúde oferecidos por entidades privadas, sem fins lucrativos, certificadas como entidades filantrópicas junto ao Conselho Nacional de As-

Gráfico 1: Distribuição percentual dos beneficiários de planos de assistência médica, por modalidade de operadora (ANS, 2006)



Fonte: ANS/MS, 09/2006

sistência Social (CNAS), com operação semelhante às empresas de medicina de grupo e atuação preferencialmente local.

Este mercado funcionou durante muitos anos sem legislação específica, prevalecendo critérios unilaterais sempre a favor das operadoras, em detrimento das necessidades dos beneficiários. O ano de 1998 foi o marco regulatório deste sistema, definido pela Lei 9656/98, que passou a regular as OPS e os planos de saúde. No ano 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com o principal objetivo de proteger os beneficiários, garantindo-lhes coberturas e proibindo a unilateralidade das ações pelas diversas operadoras.

Fazendo-se uma rápida análise do panorama deste mercado de saúde brasileiro, pode-se dizer que 35,5% dos beneficiários dos planos de saúde são portadores de planos de saúde antigos, ou seja, não regulamentados com base na Lei 9656/98. 70,8% dos planos são

coletivos (quase sempre contratados por empresas). Finalmente, quanto à sua cobertura, 57,7% deles oferecem cobertura hospitalar e ambulatorial, 15,9% assistência odontológica e apenas 11,7% são planos referência que oferecem ampla cobertura.

Embora a regulamentação setorial tenha sido positiva para acompanhar a dinâmica de desejos desta sociedade, trouxe novos custos à operação dos planos de saúde, ampliando garantias e direitos dos beneficiários e o controle restritivo de preços no segmento individual, obrigando as OPS a buscarem respostas inovadoras e estratégias criativas para sua sustentabilidade.

O objetivo principal deste artigo é discutir as novas atribuições da auditoria de serviços médico-hospitalares neste mercado, cuja sinistralidade média está em torno de 83%, posicionando-a como uma das principais ferramentas para os gestores em saúde. A auditoria permite associar a ação fiscalizadora

à da regulação, propiciando uma estratégia de gestão para garantir ao cliente acesso a serviços de melhor qualidade, respeitando suas necessidades e demandas em saúde e preservando o equilíbrio financeiro das OPS, buscando, idealmente, eficiência e cooperação entre os atores deste mercado.

O sistema suplementar de saúde brasileiro não existe sem sua rede de prestadores de serviços, entre estes, hospitais, clínicas especializadas, laboratórios e centros de diagnósticos por imagem. Estas organizações são fundamentais para o exercício das atividades assistenciais, apresentando relação de interdependência e conflitos constantes entre elas.

Segundo dados de 2006 da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), 89% das receitas desses hospitais são obtidas com os planos de saúde ou convênios médicos, 9% de particulares e 2% do SUS. Trata-se de um mercado estagnado em que a sustentabilidade do sistema depende da capacidade de pagamento dos clientes cujo crescimento está relacionado ao nível de emprego, à disposição das empresas em investir ou não no benefício saúde dos seus colaboradores e ao relacionamento entre prestadores e operadoras, visando à otimização na utilização dos recursos e no controle dos custos. Estes têm crescido, segundo mostra a tabela 1 da ANS. Observou-se 68% de aumento nas despesas assistenciais, decorrentes não só da inflação inerente ao setor da saúde, mas, principalmente, pelas novas coberturas exigidas pela Lei 9656/98.

Denominador comum destes sistemas é o grau de tensão trazido pelos beneficiários desejosos de uma maior cobertura assistencial, mais qualidade e livre escolha nos atendimentos e, no caso particular do sistema de saúde suplementar, prêmios mensais mais acessíveis. Os prestadores de serviços querem ganhar mais, a renda das famílias brasileiras não tem subido além de 1,5% ao ano desde os anos 1990 e, segundo análises do IPEA com base nos dados do IPCA/IBGE, a inflação na saúde registrou elevação de 36% entre 2001 e 2006.

Tabela 1: Despesas assistenciais (em R\$) das operadoras de planos de saúde, no período de 2001 a 2005

2001	2002	2003	2004	2005
16.890.544.549,00	19.623.035.104,00	22.284.507.847,00	25.330.501.916,00	28.436.976.505,00

Fonte: ANS/MS, 11/2006

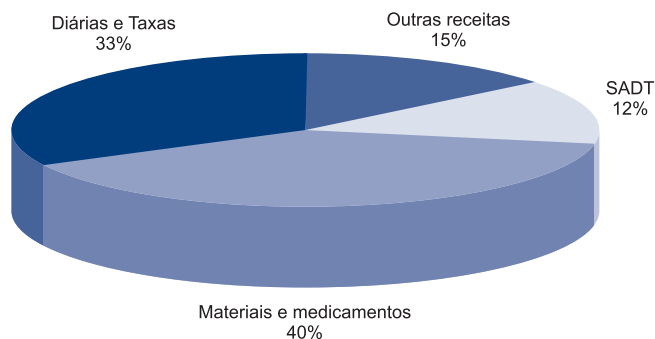
Como parte deste cenário, desde os primórdios da organização das OPS, na década de 70, a auditoria (médica) veio desenvolvendo suas funções fiscalizatórias, primeiramente, apenas utilizando serviços de médicos, e, desde 1990, também fazendo uso de enfermeiros. Algumas operadoras também contam com o auxílio de farmacêuticos para este tipo de atividade. Os métodos de trabalho da auditoria na saúde suplementar eram os mesmos desenhados no âmbito do Ministério da Saúde. Somente a partir de 1998 suas estratégias e métodos de trabalho passaram a ser diferenciados daqueles empregados pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), do Ministério da Saúde.

A ação principal da auditoria era apenas fiscalizatória e, na sua maior parte, retrospectiva, com a verificação de prontuários e faturas praticadas apenas após a alta dos pacientes, tendo como intenção fundamental coibir fraudes contra o sistema. O

método era chamado de "auditoria itemizada" de contas médico-hospitalares e tinha como objetivo específico identificar os excessos e puni-los com glosas, ou seja, com o não-pagamento do que era considerado não-justificado. Este método vem sendo utilizado até hoje, mas não tem conseguido alcançar resultados mais expressivos, tornando-se necessário desenvolver novos focos de atuação. Segundo a ANAHP, em balanço do período de 2002 a 2005, as glosas representaram em média 3,7% das contas dos seus afiliados. Em outros serviços não afiliados à ANAHP esta média não se altera.

Não é difícil entender a necessidade por serviços de auditoria analisando-se o gráfico 2, no qual 73% das receitas dos hospitais são provenientes das cobranças de diárias, taxas e comercialização de materiais e medicamentos com alto grau de diversificação.

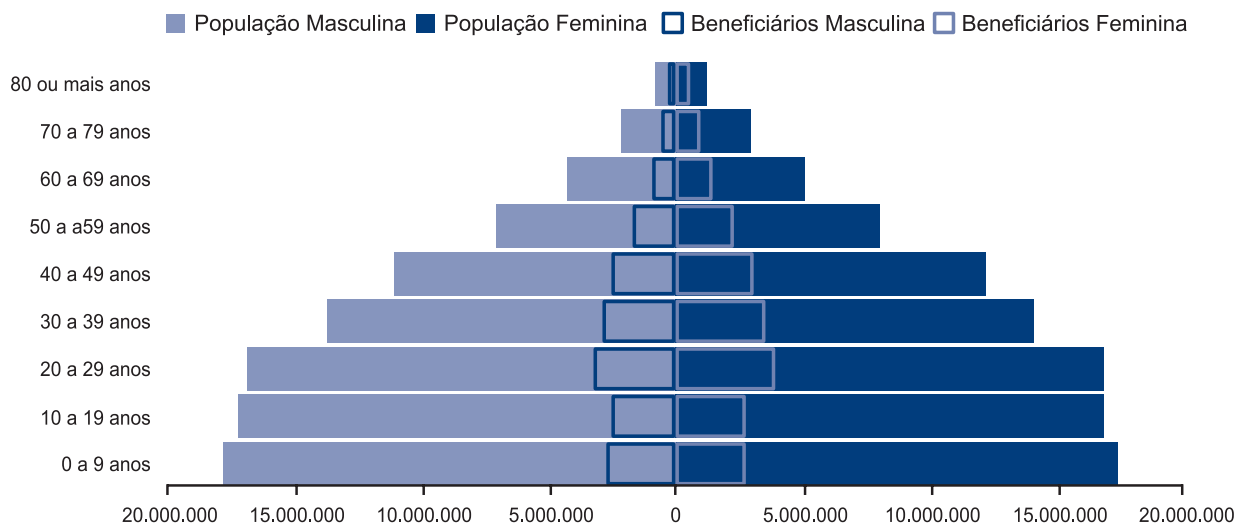
Gráfico 2: Distribuição das receitas dos hospitais - ANAHP 2006



Fonte: ANS/MS, 2006

(SADI: serviços de diagnóstico como laboratório e imagem, entre outros)

Gráfico 3 : Pirâmide etária da população brasileira e de beneficiários de planos de assistência médica



Fonte: Sistema de informações de beneficiários ANS/MS, 2006; População Estimada IBGE, 2005.

O mecanismo de remuneração vigente para a maioria dos prestadores privilegia ganhos na comercialização de materiais e medicamentos utilizados para pacientes internados, premiando o consumo (quanto mais se utiliza mais se ganha). Os médicos são pagos segundo a modalidade *fee for service*, ou seja, remuneração por serviços prestados, no qual quanto mais se faz, mais se fatura.

O resultado final é que os participantes não são remunerados pela qualidade e efetividade das suas ações ou serviços prestados, premiando o consumo indiscriminado e facilitando o repasse econômico de eventuais ineficiências gerenciais por parte dos prestadores.

Quais os novos enfoques?

Em primeiro lugar, sugere-se deslocar o foco da conferência de contas de serviços médico-hospitalares, deixando de lado as ações fiscalizatórias da auditoria, substituindo-as pela avaliação da qualidade dos serviços prestados e da efetividade dos atendimentos nos diversos níveis de complexidades. Isto não implica no abandono da fiscalização, mas eventualmente no redirecionamento de sua ênfase. Os tra-

balhos da auditoria em saúde deverão ser direcionados para as questões relativas à adequação do acesso e da qualidade dos serviços prestados, não apenas daqueles que envolvem altos valores ou excepcionalidades, mas também tratando os serviços como parte integrante de um sistema com níveis diferentes de complexidade, no qual todos os níveis de assistência devem ser acompanhados, daí resultando em informações a serem aplicadas na regulação da hierarquização e da utilização de todos os serviços disponibilizados nos sistemas.

Dificuldade maior será focalizar um trabalho muito abrangente, considerando diversos fatores intervenientes, entre os quais a modalidade de vinculação ao plano (benefício empresarial ou plano individual, regulamentado ou antigo), a vinculação organizacional do participante (executivo ou operário), o gênero (masculino ou feminino), sua idade e localização geográfica, além das análises das ofertas de serviços existentes nas regiões.

O gráfico 3 mostra uma comparação entre as pirâmides populacionais do Brasil e dos beneficiários de planos de saúde. Enquanto a pirâmide etária brasileira

mostra tendências de mudanças na sua forma, decorrentes do envelhecimento da população geral, a pirâmide etária dos beneficiários de planos de saúde já se mostra no formato de países de primeiro mundo, ou seja, população com faixas etárias proporcionalmente mais elevadas.

Essa realidade tem trazido novos focos de preocupação para os gestores da saúde suplementar, obrigando-os a buscar a associação da auditoria em saúde com a epidemiologia gerencial para modelagem de novos produtos e redimensionamento de um novo desenho da rede assistencial, a fim de garantir acesso a serviços de alto custo e alta complexidade.

Abre-se também um novo foco para os auditores da área com a discussão sobre a incorporação de novas tecnologias em saúde, as quais têm custo de produção inicial elevado e incorporação precoce pelos prestadores no rol de diagnósticos, sem avaliação do custo-efetividade.

Este tem sido um dos aspectos mais fortes da atuação da auditoria na regulação, uma vez que as novas tecnologias geram grandes impactos financeiros na sua adoção. De fato, diz-se que a oferta gera sua

própria demanda e que as tecnologias na saúde são cumulativas e não substitutivas, obrigando as OPS a manterem seus auditores focados nos estudos de custo-efetividade, a fim de racionalizarem a sua utilização.

Outros usos da auditoria:

- Atuar como fonte de informação qualitativa de sinistros, utilizada como base para ações de prevenção no caso de doenças já instaladas e de seus agravos, bem como de programas de promoção à saúde. Os serviços de auditoria estão entre as principais fontes de captação de beneficiários portadores de patologias crônicas para estes programas;
- Acompanhar os atendimentos ambulatoriais e hospitalares, com vistas à avaliação da performance das várias equipes, orientando nas renovações contratuais e exercendo sua função reguladora na utilização dos mesmos;
- Utilizar os bancos de dados existentes nas diversas OPS e assessorar o

desenvolvimento de gabaritos cirúrgicos e de procedimentos diagnósticos, alterando a forma de remuneração dos prestadores de serviços, compartilhando o risco das atividades;

- Assessorar, em conjunto com a epidemiologia gerencial, as operadoras de planos de saúde na escolha do melhor pacote de coberturas e benefícios para os beneficiários, levando em consideração estudos populacionais e projeções de necessidades;
- Realizar um trabalho integrado com as áreas de controle e credenciamento, fornecendo bases para renovações e negociações de novos contratos e tabelas com prestadores de serviços, elaborando projeções de custos dos atendimentos previamente ao fechamento do contrato, caminhando para uma nova modalidade de contratação, o chamado contrato por preço global, ainda não implantado como praxe no País;

- Elaborar o desenvolvimento de estudos para a adoção de diárias globais e taxas compactas nas tabelas hospitalares, alterando a forma de remuneração, oferecendo previsibilidade de despesas e agilidade no faturamento, e privilegiando o aprimoramento técnico, resultando em melhor assistência e gestão hospitalares.

A realidade do mercado de saúde exige mudanças rápidas nas atividades da auditoria de serviços, ampliando as suas responsabilidades, educando e aprimorando constantemente os seus integrantes, incentivando-os a buscar formas criativas de atuação, a participar da gestão do sistema de saúde como um todo, interagindo com todas as áreas envolvidas e focando mais as atividades de regulação com a construção de novas formas de contratualização e avaliação, com o objetivo de otimizar a utilização do sistema, melhorar a qualidade dos resultados e alcançar a satisfação dos beneficiários.

Vanessa Chaer Kishima,*pesquisadora associada do GVsaúde***Participação Complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**

Baseada nas demandas sinalizadas pela Constituição Federal (art. 30, inciso VII) e pela Lei Orgânica da Saúde (art. 18, inciso I, e art. 17, inciso III), que explicita a necessidade de "elaborar normas para regular as ações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados de assistência à saúde", foi instituída a portaria nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006. Entre os objetivos da portaria, destaca-se a uniformização das contratações realizadas pelos gestores do SUS (municípios e estados de forma suplementar). A portaria detalha algumas considerações sobre a natureza jurídica das instituições correlacionadas com os instrumentos de vínculos (convênios, contratos administrativos e contrato de gestão), além de mencionar algumas cláusulas necessárias nos convênios e contratos firmados entre a administração pública e a privada.

Programa de qualificação da Saúde Suplementar

Por meio da Resolução Normativa RN nº 139, de 24 de novembro de 2006, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) divulgou os dados obtidos na segunda fase do Programa de qualificação da Saúde Suplementar. A idéia central do Programa é o reconhecimento da saúde suplementar como local de produção de saúde, considerando as operadoras de planos como gestoras. O Programa contempla ainda uma qualificação interna da ANS para responder mais adequadamente à tarefa de regular o setor. Cabe ressaltar que existem muitos questionamentos por parte das operadoras avaliadas sobre a pertinência dos indicadores utilizados, principalmente daqueles que dependem exclusivamente do desempenho dos prestadores, pois as mesmas alegam não ter governabilidade sobre a atuação dos prestadores. Mais informações, juntamente com os indicadores das operadoras, encontram-se disponíveis no site www.ans.gov.br.

Emenda 29

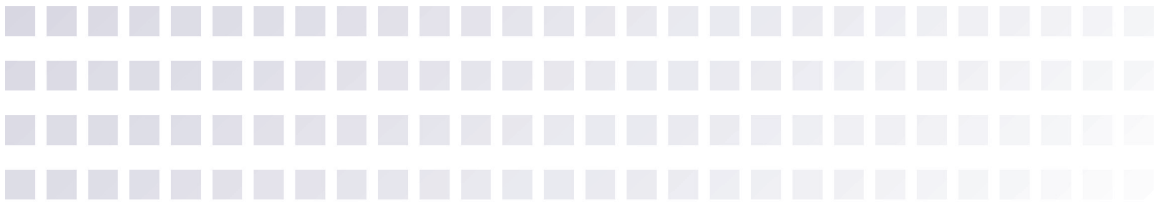
Apesar de ter sido aprovada em setembro de 2000, a Emenda 29 não foi regularizada até hoje pelo Congresso Nacional, sendo que a última manifestação para sua regulamentação aconteceu em abril de 2006. Alguns analistas sugerem que a não regulamentação da Emenda favorece a existência de diferentes interpretações sobre os itens que compõem as despesas com o setor saúde. Cabe ressaltar que esse fato interfere diretamente na supervisão e controle dos entes que não cumprem os limites mínimos de gastos de saúde estabelecidos pela Emenda. O acompanhamento dessa Emenda é realizado pelo SIOPS (Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde) e pelos Tribunais de Conta. Os dados consolidados de todas as esferas de governo até o ano 2005 encontram-se no site <http://siops.datasus.gov.br>.

Padronização de Informações do Setor Suplementar de Saúde

Foi prorrogado o prazo para a total implantação do modelo unificado para a troca de informações entre operadoras e prestadores. O processo come-

çou de forma gradual em novembro de 2005, a partir da publicação da Resolução Normativa 114 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que colocou prazos distintos para o tipo de instituição, sendo que as operadoras, hospitais e pronto-socorros possuíam o prazo de 270 dias, as

clínicas, de 360 dias, e os consultórios, de 720 dias. A ANS divulgou, em fevereiro de 2007, que o prazo se estenderá até o ano de 2008, dadas as dificuldades encontradas pelas operadoras e prestadores de serviços. Mais informações no site www.ans.gov.br.



FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS

FGV PROJETOS

PRAIA DE BOTAFOGO, 190 | 6º ANDAR | BOTAFOGO | RIO DE JANEIRO | RJ
TEL.: (21) 2559-5729

AVENIDA PAULISTA, 548 | 8º ANDAR | BELA VISTA | SÃO PAULO | SP
TEL.: (11) 3281-3328

E-MAIL: FGVPROJETOS@FGV.BR | WWW.FGV.BR/FGVPROJETOS

